

1. Política de salud 2. Política social F3. Nic.

E. H.

4. Participación Comunitaria

T-
58
M378
1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID,
CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PUBLICA.

TRABAJO DE FIN DE MASTER
ANALISIS DE POLITICAS DE SALUD
Y PROCESO DE PARTICIPACION
SOCIAL. NICARAGUA.
1982-1992.

Autor:

Lic. Manuel Martínez M.

Tutora:

Dra. María Teresa Martínez del Olmo

27 de Agosto de 1993.

RESUMEN:

Este trabajo " Análisis de Política de Participación Social en Salud, Nicaragua, 1982-1992" es un estudio de caso, que permite obtener una aproximación retrospectiva a la influencia del contexto sociosanitario, al proceso de toma de decisión o de formulación e implementación de estas políticas. Los resultados que aquí se presentan son el producto de los distintos puntos de vista de 13 decisores de política y 32 ejecutores. Se les entrevistó utilizando un temario semiestructurado.

El contexto sociosanitario fue un factor importante en la elección de las prioridades definidas en las políticas, dada las características políticas y socioeconómicas del país, lo mismo que el perfil de salud, caracterizado por la persistencia de enfermedades transmisibles. Además de la existencia de organizaciones sociales con voluntad para incorporarse en este proceso de participación social.

La participación en la toma de decisión en la formulación y la implementación de la política de participación social en salud, (Jornadas Populares de Salud y Campaña de la "Vida del Niño"), se limitó a los actores sociales relevantes vinculados al partido en el poder, y por lo tanto al Ministerio de Salud, en los períodos de 1982 y 1986. En estos dos períodos, otros actores sociales fueron excluidos o se autoexcluyeron del proceso.

El impacto de esta política permitió disminuir la incidencia de enfermedades como la polio, la difteria, pertusis, tétanos y el sarampión, además de la malaria, el dengue y la rabia canina. También disminuyó la mortalidad infantil de 88 a 64,7 por mil nacidos vivos, durante estos períodos mencionados.

Quizás el principal hallazgo del estudio, se refiera al primer y segundo período analizado, independientemente de la afinidad de intereses y objetivos entre la institución de gobierno, partido en el poder y las organizaciones sociales, siempre se va producir una pérdida de recursos y una variación en las posiciones e influencias de las distintas organizaciones en el proceso de implementación de las políticas de participación en salud.

En el período actual, la cantidad excesiva de actores sociales, no es por si mismo una ventaja para el proceso de implementación de la política; al contrario, puede significar una traba para el proceso de toma de decisiones, por los múltiples y variados intereses en juego, difíciles de manejar por la institución y las instancias creadas para tal fin.

La política de participación social en salud de 1991, ha sido formulada como un componente a desarrollar dentro de la estrategia de los Sistemas Locales (SILAIS). Ha sido el resultado de procesos institucionales y técnicos desarrollados por el Ministerio, y por tanto, con poco participación y consenso de los actores relevantes. Su implementación se ha visto limitada por el desarrollo organizativo de las estructuras de dirección de los SILAIS, y por la ejecución de acciones para atender emergencias sanitarias.

En conclusión, las políticas de participación social en salud analizadas han generado dos dimensiones diferenciadas. El Ministerio de Salud ha desarrollado una tendencia a la institucionalización de los espacios y contenidos definidos en la política. En cambio, la dinámica de participación en salud de las organizaciones sociales está orientada al desarrollo de sus propios espacios y contenidos de trabajo en salud.



AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento a María Teresa Martínez del Olmo, por sus aportes, sugerencias y su apoyo incondicional. También al Dr. Guillermo González y al Dr. Leonel Arguello, Director del CIES, por haberme dado el respaldo y el apoyo institucional en el momento oportuno. Al Dr. Julio Piura López por sus aportes para el diseño de este estudio. Al Dr. Alfonso del Alamo por el apoyo institucional de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Al Lic. Demetrio García León por sus recomendaciones. Y a Carlos Ollero por su apoyo técnico.

CONTENIDO:

I. INTRODUCCION.

II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.

III. MARCO TEORICO.

IV. METODOLOGIA.

V. RESULTADOS.

VI. COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS.

VII. CONCLUSIONES.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

IX. APÉNDICE :

Anexo 1: Temario de entrevistas No. 1 y 2.

Anexo 2: Datos generales de los entrevistados.

Anexo 3: Gráficos.

I. INTRODUCCION:

Con la creación del Sistema Nacional Unico de Salud de Nicaragua, en Agosto de 1979, se definió la "participación popular" como un componente inherente al Sistema. Para desarrollar el proceso de participación en salud se integró a las organizaciones sociales en procesos de toma de decisión, formulación e implementación de políticas de participación social en salud ¹.

En la década de los 80, se diseñaron programas de movilización social, que promovieron la participación social en salud, como las Jornadas Populares de Salud, además en las acciones de Atención Primaria ².

Con la reforma del Sistema Nacional de Salud a inicios de los 90, la Participación Social reaparece formulada como un componente intrínseco y como un elemento dinamizador de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) ³.

Exposición del problema:

En América Latina, la participación social ha sido tema o cuestión de interés estatal, de tal manera que las instituciones sanitarias gubernamentales incorporan a las organizaciones y grupos sociales en el proceso de formulación de las políticas de participación social en salud y desarrollo comunitario. Este proceso de participación ha tenido distintas y diferenciadas expresiones, coincidentes con el modelo político y social vigente en cada país. Según Antonio Ugalde, la participación comunitaria no puede actualmente conducir a cambios profundos de la sociedad, porque los regímenes no democráticos de estos países, por el contrario, permiten aumentar la explotación de los más pobres, movilizandando mano de obra gratuita ⁴.

En Nicaragua, el triunfo de la Revolución Sandinista en julio de 1979, sentó las bases jurídicas del nuevo Estado nicaragüense. En el Estatuto Fundamental de la República, y luego recogidos en la Constitución Política en 1986, aparecen los tres principios esenciales que definen y caracterizan el modelo político económico y social:

- Democracia participativa,
- Economía mixta, y
- Pluralismo político.

Estos postulados, permitieron entender la participación social como un substrato inherente al Sistema o a su forma de gobierno y de sus instituciones, a la vez que reflejaban el proceso real de participación social que se generó a partir de la dinámica social, dirigida a la transformación

de las estructuras políticas, económicas y sociales existentes durante el régimen dictatorial en Nicaragua.

El triunfo de la Revolución Sandinista, al ser el producto de un amplio movimiento de masas, desencadenó un proceso masivo de participación ciudadana en los distintas esferas de la vida social en el ámbito local. La población y sus distintas expresiones organizativas comunitarias, desarrollaron un amplio espacio de participación social, en el contexto de los cambios estructurales de la sociedad.

No obstante, lo que a nivel comunitario expresaba la participación de distintas organizaciones y grupos sociales, a nivel estatal se asumió una actitud dicotómica; las instituciones del Estado establecieron una regulación de los actores participantes en las instancias de decisión, limitada a las organizaciones comunales, de trabajadores, gremiales, asociaciones, juveniles y otras, vinculadas al movimiento iniciado por la Revolución.

Este modelo político y económico se gestó y se desarrolló durante el período de 1979 a 1982. El Estado y sus instituciones fueron creando los mecanismos necesarios para encauzar y darle una dirección al proceso real de participación, que de manera autónoma y creativa se desarrollaba en los barrios, comarcas y municipios.

Ideológicamente la justifican con la siguiente premisa, "la participación del pueblo organizado es una constante en el proceso de transformación estructural del país" ⁵. "La participación popular no es una dádiva o una imposición del Estado, ni es una táctica para disminuir la presión social tendiente al cambio. Por el contrario, en Nicaragua la participación en Salud constituye una política estratégica, dirigida a incorporar a las grandes mayorías a la gestión de los servicios y a la producción de su propia salud" ⁶.

El Sistema Nacional Unico de Salud (S.N.U.S), fue creado en agosto de 79, y su función es la de garantizar la cobertura universal y brindar atención integral en salud a toda la población. El organismo rector del Sistema es el Ministerio de Salud (MINSA), que cuenta con dos niveles de atención: primaria y secundaria. La gestión se realiza en tres niveles administrativos:

- a) Central o nivel de toma de decisiones y procesos técnicos,
- b) Regional (antes), SILAIS (ahora), o nivel de adecuación de los planes de salud y de supervisión,
- c) Areas o municipios o nivel de ejecución de los planes y de los programas.

El Ministerio de Salud impulsó la creación de los Consejos Populares de Salud (C.P.S.), como órganos o espacios de

participación. Los Consejos: Nacional, Regionales, Departamentales y de Areas de salud o municipales, estaban integrados por todas las organizaciones sociales vinculadas al partido de gobierno.

Los principios fundamentales plasmados en el Plan de Salud de 1980, relacionados con salud y con la participación, son los siguientes:

- La Salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado,
- La comunidad debe participar en todas las actividades del Sistema de Salud.

A partir de estos principios se formuló la primera Política de Participación en Salud; "Consolidar la participación de la comunidad organizada en las tareas de salud".

Los mecanismos que el Ministerio de Salud explicitó para implementar esta política, fueron la estrategia y el programa denominado "Jornadas Populares de Salud" (J.P.S), basado en la realización de campañas continuas, masivas y de cobertura nacional y para un período de 5 años, a partir de 1981.

Con este enfoque, el Ministerio de Salud implantó esta política y ejecutó las Jornadas de Salud en conjunto con la "comunidad organizada" (las organizaciones de masas representadas en los Consejos de Salud, en los tres niveles administrativos del Sistema).

La participación en salud fue conceptuada como "participar en la toma de decisiones, gestión y control de los programas de salud, para transformar el ambiente y alcanzar mejores condiciones de salud". Y agrega que es necesario desarrollar un "proceso de apropiación del conocimiento sobre salud, por parte de la comunidad organizada como sujeto de participación".

No obstante, existían factores que limitaban el desarrollo de estos procesos, tales como:

- Falta de experiencia previa de participación real en este sector. La participación anterior estuvo limitada a la ejecución de tareas.
- Escasa democratización de unos servicios de salud jerarquizados.
- Concentración del conocimiento médico y de salud en el personal profesional, y a la vez un bajo nivel educativo en salud de la población.
- Mínima estructuración de las organizaciones populares y

debilidad de las instancias creadas para la participación en salud.

- Concepción de salud enfermedad asistencial y biológica, tanto del personal de salud como de la población ⁷.

Después de un año de realización de las Jornadas de Salud, se llevó a cabo un estudio, denominado "La Participación de los Organismos de masas en las acciones del sector Salud, en el departamento de León, Nicaragua, 1981. En las conclusiones se planteaba que "la participación de la comunidad organizada aún no se ha logrado incorporar como dinámica más o menos habitual en la rutina de los Centros y los programas de salud". Y agregan que al faltar normas concretas de actuación, "dificulta la tarea de encontrar indicadores que reflejen el grado de implementación de esta política" ⁸.

Significado del estudio:

En el contexto de los cambios políticos, económicos y sociales, el Ministerio de Salud se reorganizó y replanteó las políticas, en general, y de la participación social en salud, en particular.

Durante el período en mención se hicieron algunos esfuerzos por sistematizar las experiencias de participación social en salud, con el fin de extender aquellas que aportaron mejores resultados. Sin embargo, este objetivo de sistematización sigue siendo una necesidad para el desarrollo de este componente esencial del Sistema de Salud; dado que la participación es un proceso complejo que se modifica en dependencia de los cambios y transformaciones de la sociedad ⁹.

Propósito del estudio:

El propósito es aportar criterios que contribuyan al proceso de formulación e implementación de políticas de participación social en salud, en las que se incluyan los aspectos positivos de la experiencia nacional. También se propone proporcionar elementos de juicio sobre el tema, que sean aplicables en la formación de recursos humanos dedicados a la gestión de los SILAIS.

Preguntas a contestar:

Para el presente estudio me planteo las siguientes preguntas a contestar:

- a) Cómo condicionó el contexto socio-sanitario el proceso real de participación social en salud?
- b) Cuáles fueron los elementos incluidos en el proceso de formulación e implementación de la política de participación en salud en el período de 1982-1992?
- c) Cuáles fueron los mecanismos institucionales para el desarrollo del proceso de implementación de estas políticas?
- d) Cuáles eran las principales características de los actores sociales en las interrelaciones de los espacios participativos en el proceso de participación en salud?

II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS:

2.1. Hipótesis:

La política de participación social en salud dirigió, creó espacios y desarrolló la participación social en salud, mediante los procesos de formulación e implementación de estas políticas.

2.2. Objetivos:

1. Objetivo General:

Analizar la influencia del proceso de formulación e implementación de las políticas de participación social en salud, en el desarrollo de la participación social en salud en Nicaragua, durante el período de 1982 a 1992.

2. Objetivos Específicos:

2.1. Identificar las características del contexto socio-sanitario y su influencia en las políticas de participación social en salud, en el período de estudio.

2.2. Describir el proceso de formulación de las políticas de participación social en salud y la influencia de los actores sociales, valores, factores y características que condicionaron este proceso, durante el período de estudio.

2.3. Analizar el proceso de implementación de las políticas de participación social en salud, y su influencia en el proceso de participación.

2.4. Identificar las tendencias del proceso de participación social en salud, en el modelo actual de participación social dentro de la estrategia de los SILAIS.

III. MARCO TEORICO:

El Estado democrático, como instrumento regulador decisivo del sistema social, expresa a través del desarrollo pluralista un orden político abierto a los intereses sociales, en tanto Estado Social de Derecho. En la medida que la democracia se consolida, el funcionamiento del Estado se hace más complejo. Aparecen más actores, grupos y colectivos que reclaman su participación en los procesos de decisión, ejecución y en los resultados de la acción de los poderes públicos.

El Estado contemporáneo por sus múltiples actividades, es un Estado cada vez más atomizado, heterogéneo y de complejidad creciente. En este sentido, las políticas públicas, que emanan de las instituciones estatales, "son complejas de analizar, porque implican y afectan a actores e intereses de características y racionalidades muy diversas"¹⁰.

El término "Política" puede ser entendido de muchas maneras por su carácter polisémico. En este estudio, tomamos la definición dada por Joan Subirats: " Es un conjunto de decisiones del gobierno caracterizada por una conducta o actuación consistente en un proceso, secuencia de hechos y decisiones que implican un cierto avance o modificación de la realidad, por parte de los que la llevan a cabo y aquellos que resultan afectados" ¹⁰.

La decisión de una política es una interacción entre individuos, grupos e instituciones que están influenciados, sin duda por las conductas, las disposiciones del conjunto de individuos, los grupos y las organizaciones afectadas.

Algunos autores ^{10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17} afirman que el proceso de elaboración, implementación y evaluación de políticas, es un todo único y complejo. Sin embargo, éstos y otros autores, señalan que independientemente del análisis y la toma de decisión, el proceso de implementación es lo que va definir la política real ^{10, 11}, o sea, la puesta en práctica, debido a que es allí donde se expresan el número de actores e intereses y el número de transacciones entre los actores. Es lo que Lindblom denomina "el juego del poder".

Este mismo autor señala además la dificultad de suprimir la estructura y los mecanismos creados para la ejecución de una política, aunque sus fines hayan cambiado. Esto hace que la aplicación de una nueva política sobre un problema parecido, o una nueva fase, resulte difícil y complejo, porque hay que montarla sobre el entramado ya existente de actores movilizados, intereses y prácticas de los sujetos involucrados por la institución.

Este estudio se encuadra dentro de la teoría del análisis de políticas públicas y de la participación social.

3.1. Análisis de Políticas:

El análisis de las políticas públicas está orientado no sólo a la descripción de la legalidad procedimental de la actuación de las instituciones estatales, si no también al estudio del proceso y de los resultados como producto de la aplicación de las mismas. Esto implica que el análisis tiene que incluir como dimensiones de la política, el proceso de formulación, su implementación y la evaluación¹⁸.

Para un análisis de políticas públicas es necesario tomar como punto de partida "la red o entramado de actores que se crean alrededor del problema y de la funcionalidad o disfuncionalidad de las diversas acciones emprendidas por los mismos, en relación con los objetivos que persiguen"¹⁰.

Se trata entonces de entender qué actores sociales (políticos, burócratas, privados) han intervenido en la formulación y actuación de una política concreta; qué distintas racionalidades de intereses y de acción utilizaron, y contrastar los resultados con los objetivos finales alcanzados, relacionándolos con los previstos o prescritos por los decisores de políticas legitimados.

En el desarrollo de una política conviene tener presente que las posiciones e influencias de los diferentes actores o representantes de intereses presentes en el proceso pueden variar, porque la interacción a menudo soluciona, disminuye o modifica los problemas. La interdependencia se explica porque cada organismo tiene distintos recursos. Los recursos que más ordinariamente están en juego son: autoridad, dinero, legitimación política, información y capacidad organizativa^{10, 11}.

Además, existen siempre diversas limitaciones o restricciones para todo proceso de actuación o de implementación de una política por parte de las instituciones públicas¹⁹.

Para el análisis de políticas de participación social en Salud conviene tener presentes, los siguientes fases o pasos que Subirats propone como modelo a seguir, de acuerdo con los siguientes autores: Hogwood-Gunn, 1984; Thoening-1985; Ham-Hill, 1984; y Jones, 1984:

- a) percepción y definición del problema,
- b) intereses afectados,
- c) grado de organización,
- d) formulación de una solución o de una acción de respuesta,
- e) establecimiento de objetivos y prioridades,
- f) soportes políticos, presupuestarios y administrativos en

- la solución del problema,
- g) implementación o puesta en práctica de esa política,
 - h) evaluación y control de los efectos producidos y mantenimiento, revisión o terminación de esa política.

Abraham Sonis propone un modelo similar para la formulación de una política, señalando como características que debe reunir una política de salud, las siguientes:

- a) Conocimiento de los problemas sociales y de salud,
- b) valores, conceptos, opiniones y finalidades últimas de la sociedad.

Estos valores culturales y sociales serán la base que sustente la decisión de una política. Por tanto, estas características son útiles para el análisis ²⁰.

En consecuencia estas características deben constituir el marco de referencia para el análisis. La formulación de una política debe servir para:

- a) que oriente la acción de la Organización,
- b) que establezca las prioridades sobre las que se elaboran los planes y/o programas.
- c) definir los propósitos más generales de la institución en relación con los valores de la comunidad nacional o particular,
- d) y establecer el marco de actuación para lograr los cambios que se operarán a largo plazo ²⁰.



3.2. Participación social en salud:

Respecto a la participación social, ésta, en sentido amplio, es un proceso complejo inherente a la dinámica de desarrollo de toda sociedad. Constituye una expresión del movimiento continuo que ocurre en todos los espacios cotidianos y en el transcurrir de la vida social. Evidentemente la participación cobra especificidad en cada situación y toma forma y dimensión propia en cada caso particular, dependiendo del modelo socio-político ²¹.

La participación social así entendida, significa una forma de ejercicio de poder. El tipo e intensidad de la participación, así como la forma de representación adoptada, dependen en buena medida de las formas de organización social, del sistema político y del gobierno vigentes ²⁰.

La participación social es un proceso que implica discusión, negociación y capacidad de decisión, en una situación de intereses potencialmente divergentes.

Por esto mismo, tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, tanto a nivel local como en los distintos sectores de la sociedad en su conjunto. Este proceso implica el fortalecimiento de la sociedad civil, según sea el grado de involucramiento de

los grupos y organizaciones sociales que la conforman, en las distintas instancias de discusión y toma de decisiones en torno a los objetivos y metas de salud de la comunidad²².

En el campo de la Salud, la participación de la población ha sido históricamente percibida y promovida en función de intencionalidades concretas. De alguna manera siempre ha sido restringida o limitado a:

- 1) la utilización de los servicios institucionales de salud,
- 2) la colaboración en acciones puntuales derivadas de iniciativas surgidas desde los mismos servicios, y,
- 3) como un mecanismo útil para disminuir costos, descargando en la población responsabilidades del Estado²³.

Sin embargo, existe el consenso que la participación social en salud, ha permitido aumentar la accesibilidad de los servicios y la aceptación del uso de tecnologías de salud.

La participación de la población limitada a la utilización de servicios institucionales, a una actitud receptora y pasiva, al acatamiento acrítico de iniciativas y decisiones y prácticas inconsultas, se corresponde con modelos autoritarios de servicios de salud, definidos como autosuficientes y excluyentes. Este tipo de modelos erigen el saber científico y tecnocrático en un paradigma, cuyos depositarios, revestidos de autoridad indiscutible son quienes saben lo que conviene o no, y para quienes el saber popular sobre salud, tiene ninguna o poca significación para la conservación y mantenimiento de la salud de la población²⁴.

La participación social en los servicios institucionales de salud, también ha sido circunscrita a la colaboración de la población en actividades programadas y coordinadas desde las instancias de los servicios, en función de facilitar y ampliar la cobertura. La exclusión de la población en las decisiones de la selección de las opciones, constituye en sí una forma de manipulación.

Por oposición a los enfoques que instrumentalizan a la población, han surgido otros que tienden a sobrevalorar el saber popular por considerarlo la única fuente de sabiduría de la que deben emerger todas las directrices para la acción en salud. Este planteamiento tiene la desventaja que se traduce en acciones unilaterales, espontáneas, y, por lo tanto, limitadas en su alcance y no siempre eficaces²⁵.

Existen diferentes tipificaciones que caracterizan la participación social o comunitaria en salud, en dependencia de la dimensión social de la misma, en su relación o inte-

gración a las finalidades, propósitos y funciones, que permitan alcanzar los objetivos y metas de la salud de una comunidad. Algunos autores clasifican los tipos de participación social en salud, como:

- Manipuladora o Liberadora ²⁶.
- Por Asimilación o Crítica ²⁷.
- Utilitaria, de Concienciación y Democrática ²⁸.

Sin embargo, en el contexto de los modelos socio políticos predominantes, existe la necesidad de involucrar a distintos actores sociales, en el proceso de formulación e implementación de políticas de participación en salud.

Los distintos actores sociales e institucionales que confluyen en los Sistemas Locales de Salud:

- 1) Conciben e interpretan los problemas de salud desde marcos de referencia lógicos que expresan racionalidades diversas,
- 2) toman decisiones permanentes y aisladas en materia de salud, en correspondencia con sus decisiones y sus posibilidades reales, y
- 3) asumen responsabilidades autónomas en función de las decisiones efectuadas ²⁹.

La participación implica la intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria" ³⁰.

Algunos nudos críticos, que se plantean acerca del proceso de participación social en salud en Nicaragua se refieren a:

- a) la necesidad de potenciar la capacidad de las organizaciones comunitarias para la identificación y solución de sus problemas de salud,
- b) la falta de flexibilidad en la implementación de nuevas formas organizativas, que permitan la integración activa de la población en la ejecución de los programas y acciones de salud.
- c) la falta de mecanismos claros de interacción de los diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales, en la toma de decisión de los distintos niveles administrativos del Ministerio de Salud.

IV. METODOLOGIA:

El presente trabajo "Análisis de Políticas de Participación Social en Salud", constituye un estudio de caso, de tipo retrospectivo. Para los fines del estudio se seleccionaron sólo las políticas de participación social en salud, formuladas en los Planes de Salud del período 1982-1992.

Para realizar este Análisis, identifiqué tres períodos que demarcan hitos en la orientación y organización de los servicios de salud:

- a) Proceso de regionalización y de implantación de la estrategia de Atención Primaria.(período de 1982- 1985).
- b) Profundización de la regionalización (descentralización y desconcentración), formación de las Areas de Salud y definición del Primer Nivel de Atención. (Período de 1986-1990).
- c) Reorientación y reorganización del Sistema, a través de la estrategia de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud.(Período de 1991-Julio 1992); ³¹.

VARIABLES:

Se define como variable dependiente el Proceso de participación en salud, y como variables independientes: el contexto sociosanitario, la formulación, implementación y evaluación de la política, los valores sociales y culturales de la comunidad.

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos definidos para el estudio, se considerarán las siguientes dimensiones de variables:

1. Características del Contexto Socio Sanitario:

1. Contexto socio-sanitario:
2. Proceso de Participación en salud.
3. Actores sociales relevantes.
4. Espacios de participación.
5. Elementos de definición de la política.
6. Relación con los valores de la comunidad nacional.
7. Propósitos del Ministerio de Salud.

2. Proceso de formulación de la política de Participación social en Salud:

- 8. Actores sociales participantes.
- 9. Política de participación en salud.
- 10. Modalidades del proceso
- 11. Características del proceso de participación.
- 12. Cambios esperados a largo plazo inducidos por la política.
- 13. Componentes de la política de participación social en salud.
- 14. Prioridades en la formulación del Plan o programa.

Valores sociales en relación a la participación:

- 15. Influencia de los valores de salud en la participación.
- 16. Comportamientos en relación a la participación de las organizaciones y de las instituciones.

Valores culturales en relación a la participación:

- 17. Creencias en salud en relación a la participación.

Factores condicionantes del proceso de participación:

- 18. Ideológico
- 19. Organizacional
- 20. Gestión de la participación.
- 21. Participación en los servicios de salud.
- 22. Participación del personal de salud.

3. Proceso de Implementación de la política de participación Social en salud:

- 23. Estrategias de participación social en salud.
- 24. Directrices para la Organización.
- 25. Marco de Implementación de las estrategias.
- 26. Monitorización de la política.

4. Tendencias en el proceso de participación en la implantación de los SILAIS:

27. Características de la implantación de los SILAIS.
28. Avances de participación en la implantación de los SILAIS.

RECOGIDA Y ANALISIS DE LA INFORMACION:

Recogida de la información:

Las fuentes de información del estudio fueron: la información primaria se obtuvo de las entrevistas a informantes claves.

La información secundaria se obtuvo de los documentos oficiales del Ministerio de Salud (Planes de Salud, Informes, ponencias de Congresos de las Jornadas de Salud).

Para la obtención de la información primaria se utilizó el método cualitativo de entrevistas semiestructuradas guiadas. Se diseñó un temario de 12 preguntas abiertas, dirigido tanto a decisores de políticas como a ejecutores, de forma que permitiera valorar el grado de percepción de los informantes claves entrevistados en relación a las diferentes variables del estudio (ver anexo 1).

La muestra seleccionada fue de 48 informantes claves. De éstos, 13 eran decisores de política y 35 ejecutores. Los entrevistados fueron seleccionados en base a los siguientes criterios:

a) Decisores de Política: funcionarios del alto nivel administrativo, tanto del Ministerio de Salud como de organizaciones sociales.

b) Ejecutores de la política: funcionarios de los niveles regionales, de SILAIS, de áreas de Salud y del nivel ejecutor de las organizaciones sociales.

Análisis de la Información:

La información obtenida mediante entrevistas, se ordenó y sistematizó en base a la repetición y similitud de las respuestas, lo mismo que a la variabilidad o distintos puntos de vista expresados por los entrevistados. Para esto se utilizó el procesador de textos WP51.

Las respuestas de los Decisores como de los Ejecutores de política entrevistados, se considerarán como un cuerpo de opiniones sobre cada una de los temas formulados en los temarios.

Para la descripción de las políticas de participación social en salud, se utilizaron los Planes de Salud del Ministerio de Salud, del período de estudio.

Las características del contexto sociosanitario se formularon a partir de los distintos y divergentes puntos de vista expresados por los entrevistados.

Normas para el análisis:

Las normas o criterios a utilizar en el Análisis han sido elaborados a partir de los conceptos principales definidos en el Marco Teórico, y serán los siguientes:

Las características del contexto sociosanitario se definen a partir de la situación política (gobierno, derecho a la participación), económicas (empleo) socioeducativo (índice de alfabetización) y el perfil de salud de la población (principales causas de enfermedad y muerte, esperanza de vida, estado nutricional en menores de 6 años).

Para el análisis de la formulación de las políticas de participación social en salud, se utilizará el modelo teórico propuesto por Abraham Sonis:

1. proceso de formulación de política:

- a) actores sociales relevantes, espacios de participación, y toma de decisión por consenso o impuesta;
- b) conocimiento de los problemas sociales y de salud,
- c) valores, conceptos, opiniones y finalidades últimas de la sociedad.

2. Proceso de implementación :

- d) Ejecución,
- e) orientaciones para la acción de la Organización,
- f) prioridades sobre las que se elaboran los planes y/o programas.
- g) propósitos más generales de la institución en relación con los valores de la comunidad nacional o particular,
- h) marco de actuación para lograr los cambios que se operarán a largo plazo,

3. Evaluación de la política.

Por participación social en salud se entenderá como un proceso que implica discusión acerca de las necesidades de la población, negociación y capacidad de decisión, en una situación de intereses potencialmente divergentes.

Por toma de decisión se entenderá aquella en la que los diferentes actores sociales involucrados (gobierno, y organizaciones sociales) tuvieron una participación directa en el proceso; o sea que fueron consultados y opinaron sobre la política.

Cuando los actores sociales afectados no fueron consultados y no opinaron acerca de la política, la toma de decisión se considerará impuesta.

V. RESULTADOS.

I. PERIODO 1982-1985.

Descripción de la Política de Participación social en salud:

El Plan de Salud de 1982, caracteriza el contexto de este período, con los siguientes elementos: agresión militar, bloqueo económico y proceso inflacionario. A lo interno del sector salud, restricciones presupuestarias, desarrollo y profundización de la regionalización. Otros elementos son: consolidación de las instituciones de gobierno y de las organizaciones sociales, disminución del analfabetismo a un 12%, disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunas, persistencia de la desnutrición (67%) en menores de 6 años.

Las políticas se ajustaron a los siguientes elementos:

1. Los principios del sistema socio-político y la necesidad de consolidar el Sistema Nacional Unico de Salud, como proyecto de gobierno.
2. El derecho a la salud y el acceso a los servicios de forma integral.
3. El derecho de la comunidad a participar en la gestión en Salud.
4. Un contexto de subdesarrollo y de explotación en el orden económico internacional.
5. Situación de guerra de agresión imperialista.
6. Emergencia económica y social como respuesta a la crisis.
7. Persistencia de un cuadro de morbi-mortalidad con predominación de enfermedades transmisibles y nutricionales.

En la introducción del Plan se señala que "en la Institución, existe la conciencia de la importancia de la participación popular en la gestión en Salud, en los programas permanentes y en la vigilancia de los servicios", y agrega, "creemos que es la participación popular, con su capacidad potencializadora, lo que permitirá el cumplimiento de las metas, participando en inmunizaciones, en captación de embarazadas, de desnutridos, en el combate a la malaria, en la vigilancia de los servicios". Y se valora la "creciente participación de los trabajadores de la salud en las responsabilidades del sector".

La política formulada para este período se propone:
 " Consolidar la participación popular a través de las organizaciones de masas en la gestión de los servicios de salud".

De manera explícita son considerados actores o sujetos del Plan:

- a) Las organizaciones populares, a través de los Consejos Populares de Salud(C.P.S.),
- b) El Ministerio de Salud, a través de sus niveles central y regionales, y, c) los trabajadores de la Salud ³⁰.

Las actividades principales definidas para esta política fueron:

- Fortalecer la participación del Consejo Popular Nacional de Salud, en las tareas de gestión en Salud:
- Implantar la participación de las organizaciones de masas según su perfil organizativo en los programas permanentes prioritarios del MINSA, como son Atención a la Madre y al Niño y Trabajadores.
- Realizar las Jornadas Populares de Salud para resolver problemas de salud de gran magnitud, e
- Implantar la formación de brigadistas-líderes de salud y parteras empíricas.

RESULTADOS:

Los RESULTADOS aquí presentados son el producto de las respuestas de los DECISORES DE POLITICA y EJECUTORES entrevistados. Se programó entrevistar a 48 funcionarios, pero sólo fueron entrevistados cuarenta y cinco(45). De éstos se entrevistaron a todos los decisores de política (13), y a 32 ejecutores. Los tres (3) ejecutores que no pudieron ser entrevistados fue debido a que éstos no se encontraban disponibles en sus áreas de trabajo y por limitaciones de tiempo del investigador. En relación a otros datos de los entrevistados: profesión, instituciones para las que trabajan los funcionarios entrevistados, ver el anexo nº 2.

1. Caracterización del Contexto Socio-Sanitario:

Con las transformaciones estructurales de la sociedad, el pueblo, el ciudadano adquirió, además de reconocimiento, posición social. Se produce entonces un proceso de recuperación acelerada de los derechos ciudadanos y de la búsqueda de satisfacción de las necesidades básicas. Se produce una ruptura con los valores de asistencia elitista versus atención de beneficencia y caridad. La población secularmente marginada tenía la motivación para opinar, intervenir, participar socialmente. Las aspiraciones

sociales se transforman en voluntad social "utópica", y se refleja en esta etapa como Voluntad del partido de gobierno.

Las organizaciones de masas eran una expresión de la fuerza del propio movimiento de participación social en la transformación de la sociedad. Había una situación de unidad de todas las organizaciones de masas en relación a los objetivos del proyecto social revolucionario. El fervor, entusiasmo, euforia, era una consecuencia de la reivindicación histórica de las mayorías. Este fervor popular que generó la Revolución, todavía permanece en este período, y produce la integración de la población a las acciones del proyecto de gobierno. Había un liderazgo de líderes "naturales" que promovieron la participación desde antes del derrocamiento de la dictadura. Pero el esquema organizativo asumido por las organizaciones sociales, fue similar en todas imitando un modelo único.

En este contexto, los actores sociales relevantes en el proceso de decisión e implementación de la política de participación en salud, fueron estructurándose durante el período de transformación política y social; tanto el Estado, las instituciones de gobierno, como las organizaciones sociales. El fenómeno de la Revolución generó que las organizaciones afines ideológicamente y vinculadas al partido de gobierno (FSLN) siguieran la direccionalidad dada por el mismo, con la finalidad de consolidar su liderazgo político e ideológico.

Este período refleja el auge y liderazgo nacional del FSLN, que incide en que la política de Salud del gobierno, sea apoyada por la población y participe en la ejecución de la misma. La necesidad de darle concreción a las Políticas de Salud estaba determinada por las Políticas Públicas. Las premisas eran el Derecho a la Salud, a tener atención integral, la accesibilidad y la cobertura universal.

El gobierno fue un actor dinamizador del proceso, al presentar un proyecto hegemónico que abarcaba a toda la sociedad. En este proyecto se insertan las organizaciones sociales vinculadas al gobierno, organizaciones religiosas y organismos de cooperación internacional.

Las organizaciones que aglutinan a la población, con la experiencia acumulada en esos primeros años, reivindican una participación más determinante en relación a las decisiones de gobierno. La Cruzada de Alfabetización había dejado el entusiasmo y aportó la experiencia al área de la Salud (brigadistas, comunidad).

El Estado asumía entonces la responsabilidad de garantizar el Derecho a la Salud, el derecho a la participación ciudadana, pero incorporando la iniciativa y la creatividad de las organizaciones sociales. Pero al terminar de estructurarse el Estado, el Gobierno se burocratiza y entra en una dinámica de "decisiones técnicas".

El nuevo Estado, el gobierno, degeneró en un estado "mesías", paternal, que debía de proporcionar todos los medios y recursos. Se presentaba como que no había diferencia entre el Estado y la población, lo que quizás refleja un cierto temor del partido de gobierno de perder el control de la población organizada.

La política de participación en salud expresa el movimiento popular de fervor, dinamismo, y una actuación libre y creativa de la población. Esto genera espacios de autonomía ciudadana, que vienen a fortalecer los espacios de las organizaciones civiles. En este momento participan en las decisiones del gobierno y a nivel local.

El desarrollo de la implementación de la política de participación social en salud, permitió colocar las bases de lo que eran los objetivos de la misma: a) que la sociedad asuma un rol de productora de salud, b) Y las organizaciones sociales se conviertan en intermediarias, que modulan lo que el Ministerio de Salud puede ofertar a la población.

No obstante, la Política de participación en salud era superestructural, y aunque expresa la participación social, es dicotómica. Los planes son tecnocráticos, normativos y con metas cuantitativas. Y, además, desde la institución se crean estructuras e instancias para movilizar a la población que ya cuenta con sus propias organizaciones. Pero un factor primordial de desarrollo de la política fue el de actuación en la localidad. Para las organizaciones sociales era la búsqueda de su fortalecimiento, su estructuración a nivel local, construir y mantener su liderazgo, ganar en nuevos miembros.

El contexto de hegemonía total del Sandinismo, generó una ideología "maniquea" de participación social, que propugnaba el sentido de que participar era "bueno", y no participar era "malo", como valor social. La participación individual era el producto del fervor popular generado por la Revolución, pero para algunos era consecuencia de mecanismos de coacción política.

Algunas organizaciones que existían antes de los cambios sociales perdieron fuerza y espacio, como la Cruz Roja, INMPRHU, el Cuerpo de Bomberos y los Clubes de servicios. Estas organizaciones tradicionales al no participar en el proceso de los cambios sociales, por representar signos e intereses divergentes al proceso revolucionario y estar colocadas en la forma de organización del poder político de la dictadura, quedaron limitadas en el espacio social y en su quehacer, y, por lo tanto, su participación fue marginal e irrelevante. En este sentido, se aprecia una política implícita de exclusión, pero a su vez una actitud de auto-exclusión del proceso participativo en salud.

Otros actores como las alcaldías, grupos religiosos protestantes, ONGs tuvieron poca oportunidad de intervenir en las decisiones, pero siguieron funcionando con cierta autonomía en el área rural. Algunos otros que quedaron al margen, por

autoexclusión, siguieron trabajando en un espacio reducido, pero con autonomía respecto de la política del gobierno.

La política propone defender el derecho social a la Salud. Salud era un contenido de participación amplia en la comunidad. Pero la lógica de los servicios de salud es diferente a lógica funcional, pragmática, de la comunidad y de las familias. Salud es todo para la comunidad y los servicios limitaban su actuación en cada actividad (vacunar contra la polio, etc)

Parte consustancial al modelo de atención en salud era la captación y capacitación de brigadistas de salud (agentes comunitarios), y esto se promovió a partir de una cohesión ideológica con las organizaciones sociales y no sólo como fuerza de trabajo barata. Pero no se logró la integración adecuada de los agentes comunitarios con los servicios a nivel local, salvo en algunas regiones del país.

Sin embargo, faltó desarrollar este proceso a lo interno de la institución con los profesionales de la salud. El planteamiento inicial, que prosperó muy poco, fue el de politizar al técnico y tecnificar al político, con el objetivo de formar cuadros en el campo de la salud pública, dada la escasez de este tipo de profesional.

Al final de este período se inicia cierta contradicción entre las posiciones tecnocráticas institucionales y los intereses de cada organización social representada, que empiezan a decrecer o a sufrir cierto desgaste organizativo y pérdida de sus recursos.

Entre 1984-85 se empezó a cuestionar el rol de los Consejos de Salud, por parte de las organizaciones que intervenían en este proceso; Sin embargo, éstos no sufrieron ninguna modificación en este período. Y el modelo médico incrementó su hegemonía.

Los propósitos institucionales acerca de la participación se mezclan en diversos planos, y es difícil establecer la frontera entre unos y otros. Pero prevaleció un sentido utilitario, tanto de la institución como de los profesionales de la salud.

La excesiva dirección de la participación desde la institución castró la espontaneidad, la creatividad, debido al proceso de institucionalización y a las normas. El exceso de influencia o de autoridad de los líderes castró el desarrollo organizacional como organizaciones civiles, al no permitir la discusión acerca de un discurso único de los hechos.

El poder político estuvo siempre por encima del poder técnico en su totalidad, casi de anulación del técnico en cualquier nivel de la organización del Sistema. Y la especialización de los procesos de salud, desintegraron la visión de totalidad y la relación con la realidad de la población en las comunidades.

2. Proceso de Formulación de las Políticas de Participación social en Salud.

1. Actores Sociales relevantes en el proceso:

- Organizaciones civiles vinculadas al partido de gobierno: Comités de Defensa Sandinista (CDS), Asociación de Mujeres Nicaraguenses "Luisa Amanda Espinoza" (AMNLAE), Asociación Nacional de Educadores de Nicaragua (ANDEN), Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD), Central Sandinista de Trabajadores (CST), Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), Juventud Sandinista 19 de Julio (JS19J), Asociación de Niños Sandinistas (ANS).

- Los dos actores predominantes fueron el Estado, a través del Ministerio de Salud (MINSA) y los CDS como Movimiento Comunal en ascenso, y las instituciones estatales en proceso de estructuración.

- Otras organizaciones fueron CEPAD (Consejo Ecueménico Pastoral de Ayuda al Desarrollo), Central de Servicios Múltiples (CSM), y los grupos de base de la iglesia Popular, iglesia Evangélica y alcaldías.

- Otros actores fueron excluidos o se autoexcluyeron (Iglesia Católica, Clubes de Servicio, Organismos no gubernamentales (ONGs) .

2. Espacios de participación en el proceso de formulación de la Política:

- Son espacios amplios, comunitarios, abiertos, deliberativos, que luego se ven limitados por decisiones verticales, aún dentro del Consejo Nacional de Salud; por eso los Consejos populares no se desarrollaron.

- Eran institucionales, como producto de la estructuración del Estado; Los Consejos Populares de Salud.

- Los espacios fueron fomentados desde el gobierno, el Ministerio de Salud y el partido en el poder (FSLN). Estos espacios fueron monopolizados por las organizaciones vinculadas al gobierno.

- Se desarrollaron en un proceso democrático de análisis conjunto, en talleres participativos para definir las áreas de participación de cada organismo, pero los Consejos influían muy poco en la Política.

- Se desplaza la participación activa de las organizaciones comunitarias a la orientación institucional y se cierran

los espacios participativos.

- El desarrollo de los Consejos fue heterogéneo, desde formas incipientes, formales, hasta Consejos deliberativos, que legitimaban y adecuaban las decisiones, hasta transformarse en Consejos Sociales, comisiones de planificación regional o municipales.
- Hubo cierto exceso de instancias colectivas para cada sector institucional, que exigía la presencia de las organizaciones participantes.

3. Elementos considerados en la formulación de la Política de participación en Salud:

- La dinámica de actuación y movilización masiva de la población, que superaba la capacidad de respuesta del Estado.
- Había una demanda fuerte por las condiciones de desarrollo de la población, para superar el déficit social.
- El desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud, la ampliación de la red de servicios, la regionalización y la descentralización.
- Por una necesidad socioeconómica, tanto de las organizaciones como de los individuos.
- Responde a un proyecto político social nuevo. La participación generaba los cambios sociales.
- La realización de la Cruzada Nacional de Alfabetización, como experiencia previa positiva.
- La Salud era un valor que generaba participación y movilización social.

4. Relación de la Política de participación en Salud con los Valores de la Sociedad:

- Expresa la necesidad sentida de la población a tener alguna atención en Salud.
- La política rescata la relación jurídica de Salud y de la participación como Derechos definidos en el Estatuto Fundamental.
- Contribuye a rescatar los valores de la prácticas de la

medicina tradicional.

- Recupera un valor cultural e ideológico de la población y la sensibilidad social que se incorpora en las acciones sociales.
- La política favoreció las condiciones de integración e incorporación de la población a las organizaciones sociales vinculadas al proceso de participación en Salud.
- La política como tal no llegó a ser asimilada por la sociedad ni por las organizaciones sociales integradas.
- Centró la responsabilidad de la Salud más en las organizaciones sociales, que en los individuos, lo que no permitió el desarrollo de una conciencia sanitaria crítica.

5. Propósitos Institucionales respecto de la Política de Participación en Salud:

- Extender la cobertura y consolidar la cobertura alcanzada.
- Desarrollar y fortalecer la relación gobierno, partido en el poder y las organizaciones de la población.
- Resolver problemas de salud con acciones masivas, como las enfermedades prevenibles por vacuna, saneamiento ambiental, malaria, dengue, rabia canina e impactar en grupos de riesgo.
- Acelerar los cambios en el perfil de salud con la utilización del potencial humano de la comunidad (BPS, PEA, voluntarios).
- Que el pueblo fuera sujeto activo de su propia salud y conociera las condiciones y factores que la determinan y aportara a los cambios programados.
- Responder con un proyecto social a las políticas globales del Gobierno, como forma de fortalecer el Estado.
- Desarrollar el liderazgo de Salud e institucionalizar la participación.
- Disminuir el gasto financiero del Estado.

6. Cambios esperados a largo plazo en relación a la política de participación en Salud:

a) En el perfil epidemiológico:

- El control de las enfermedades transmisibles (polio, sarampión, difteria, tos ferina, malaria, dengue, rabia canina) modificó el perfil epidemiológico.

b) Aumento de la cobertura:

- Con acciones de salud materno infantil y servicios de inmunización en zonas rurales.

c) En la conciencia sanitaria de la población:

- Adquirió la conciencia del derecho a la salud y a la participación, pero se avanzó poco en otros aspectos: La prevención vinculada a la acción de los servicios de atención médica, el conocimiento sobre enfermedades que más padece la población.

d) En fortalecer el nivel comunitario de atención:

- Si, con el movimiento de brigadistas y capacitación de parteras empíricas.

7. Componentes o ejes a los que estaba orientada la política:

- Desarrolla un proyecto institucional de salud con la comunidad, con acciones masivas de prevención (J.P.S.) de movilización social.

- Proyectar la institución a la sociedad.

- Desarrollo de la Atención Primaria en Salud y formación de recursos humanos de la comunidad.

- Estructuración de mecanismos de continuidad y efectivos en el trabajo comunitario, dirigidos por los servicios de salud con integración de los trabajadores de la salud.

- Participación de las organizaciones sociales en la

gestión en salud.

- Realización de acciones intersectoriales.

8. Prioridades, planes y programas.

a) Prioridades, objetivos y metas. :

- Salud materno infantil.
- Vacunaciones, saneamiento, control de la malaria y dengue, rabia canina.
- Salud de los trabajadores.

b) Institucionalizar la participación en salud:

- Si, y fue un elemento negativo, por la estructura rígida de los Consejos Populares de Salud.

c) En relación a los agentes comunitarios:

- Captación y capacitación de brigadistas, colaboradores y parteras.

d) Tipo de planes y programas:

- De Movilización social.

9. Estrategias de participación social en salud:

- Programa nacional, centralizado, con desarrollo de campañas continuas, acciones masivas y movilización social.
- Proceso de estructuración a nivel comunitario, para que la comunidad asuma el programa mediante sus propias organizaciones y recursos.
- Coordinación intersectorial.

10. Las directrices para la Organización para la aplicación de la política:

- Lineamientos institucionales, implantación del programa de las Jornadas de Salud y estructuración de los Consejos de Salud.
- Apoyo de las autoridades del partido de gobierno, que nuclea a las organizaciones en torno a éstas orientaciones como un proyecto político.
- Orientaciones de doble vía: gobierno/Ministerio de Salud y de las organizaciones sociales a nivel nacional.
- Mecanismos de control del nivel central (supervisiones, informes por actividad, campaña, reuniones)
- Procesos de capacitación al personal de salud y a los agentes comunitarios.
- Presión social de la población integrada a las organizaciones sociales.

11. Marco de implementación de la estrategia de participación en salud:

- El Ministerio de Salud necesitaba la participación social y le dio auge e impulso como recurso para obtener mejores resultados.
- Las organizaciones sociales están en crecimiento, forman equipos de trabajo con mujeres, con jóvenes; todavía no se han desgastado con las tareas de la guerra.
- Había una cierta concepción utilitaria de la participación, y era lógico emplearla donde se sentía la necesidad de estas acciones.
- Todavía hay expectativas positivas en lo económico y social, en la estabilidad social, el pleno empleo, una tendencia de crecimiento en salud hasta 1984.
- La salud como elemento de acción política del partido de gobierno, era una prioridad real del gobierno .
- Se centró más la acción de salud hacia las organizaciones sociales que a los pequeños grupos, colectivos y a la familia.
- Las organizaciones sociales no se plantearon un proyecto

de participación en salud propio, se incorporaron al proyecto del Ministerio de Salud.

- La comunidad se aglutinó en los CDS y se sentía representada. Los CDS eran la organización más fuerte y poderosa de tipo comunal.

- Había apoyo intersectorial, en especial con el Ministerio de Educación.

- El proceso de selectividad de los líderes "naturales", se hizo con criterios partidarios o por afinidad política.

- La tendencia al burocratismo fue limitando las expectativas de las organizaciones sociales, en relación a los cambios y la transformación social.

12. Monitorización de la política:

- Mediante actividades regionales/nacionales del Ministerio de Salud, para evaluar resultados.

- El Ministerio de Salud era el eje de la evaluación (JABA; CPNS, Talleres Gaspar García Laviana, Consejos Técnicos ampliados), y muy poco por las organizaciones sociales, lo que refleja cierta dependencia por su poco desarrollo organizativo.

- Hubo poco análisis del proceso de implementación y del impacto.

- Aunque hubo control y supervisión directa, faltó más control administrativo.

- Se evaluó poco el modelo de Educación en salud utilizado durante todo el proceso.

3. **Proceso de Implementación de la política de participación social en salud:**

1. Actores sociales relevantes.

a) Participantes en el proceso:

- Ministerio de Salud y otras instituciones del Estado.

- Organizaciones surgidas en el proceso del movimiento

social de la Revolución (CDS, AMNLAE, ANDEN, ANS, JS19J, CST, ATC, Fetsalud).

- Organizaciones religiosas (CEPAD, iglesia popular).
- Otros (Cámara de comercio, Asociación de gasolineros, Cooperativas, en Región I).
- Gremio médico.

Algunos entrevistados consideraron importante señalar algunos factores relacionados con los actores sociales participantes en el proceso:

- La dirección de la política por parte del Estado facilitó el espacio a las organizaciones integradas al proceso.
- Debido a motivaciones y compromisos políticos con el proyecto histórico y social del FSLN.
- Por una búsqueda de desarrollo y fortalecimiento social de las organizaciones populares y de las instituciones, para ocupar el espacio social creado por la Revolución.
- Las organizaciones se plegaban totalmente a las directrices del partido FSLN.
- La participación del gremio médico, como organización se da en menor escala, poco beligerante en apoyar esta política.

b. Actores no Participantes:

- Clubes de servicio, Iglesia Católica, Iglesia Evangélica, Centrales obreras de otros partidos políticos. y otros (Cámaras, Boy scout, patronatos, Damas grises)

Algunos entrevistados consideraron importante agregar algunos factores relacionados con los actores que participaron en el proceso:

- Algunas organizaciones se autoexcluyeron o se automarginaron por razones políticas e ideológicas, para mantener su propio espacio.
- No sentían que ese era su proyecto, porque habían perdido su quehacer social por las transformaciones sociales dadas.
- Fueron aislados por los mismos organizaciones sociales civiles hegemónicas.

- No eran tomados en cuenta por el gobierno.
- El Sistema Nacional de Salud no integró en su unidad de acción y en su pensamiento a otras expresiones organizativas de la sociedad anterior.
- Los clubes de servicio representaban a la clase media y se sintieron marginados y fueron marginados, porque no encajaban en el nuevo modelo social.
- No fueron considerados interlocutores válidos.
- Las organizaciones sociales que ya existían tenían poca fuerza o poca base social.
- Representaban a cierto sector social de la burguesía, pero luego se trataron de integrar con los que se quedaron.
- No hubo una política deliberada de exclusión ni de discriminación, pero si una actitud sectaria, tanto de las organizaciones como del partido de gobierno.

2. Política de participación en Salud.

a) Características de la política:

- Era amplia, abierta, democrática. No era sectaria ni excluyente.
- Era deliberativa, en cierto sentido, pero no totalmente en su aplicación.
- Buscaba fortalecer el rol institucional mediante el aporte de las organizaciones sociales.
- Buscaba resolver problemas de atención de la sociedad.
- Involucraba a todas las organizaciones sociales vinculadas al proceso revolucionario.
- Abrió un espacio de oportunidades para participar en Salud.
- Orientaba la integración de todos los sectores sociales y el desarrollo articulado de participación social para darle legitimidad a la actuación del MINSA.

b. Tipo de orientaciones a la organización:

- Involucramiento de las organizaciones sociales e instituciones por sector poblacional que representaban.
- Los lineamientos institucionales eran verticales y repetitivos.
- Imposición de las orientaciones técnicas en las Jornadas de Salud y las Campañas, por del MINSA.
- El CPNS discutía cómo desarrollar las actividades asignadas en el Plan de Salud o en el programa JPS.
- Desarrollar las Jornadas de Salud, como estructura institucional, pero asumiendo las sugerencias de los representantes de las organizaciones.
- Desarrollar un proceso masivo dirigido a las vacunaciones, higiene comunal, control de malaria, del Dengue, higiene escolar, otros.

c. Influencia de la política en el proceso de participación en Salud:

- La política generó un período de auge de integración entre trabajadores de salud y las organizaciones de la comunidad, y de práctica en participación en acciones masivas de salud.
- Desarrolló y potenció las fuerzas y la capacidad de las organizaciones populares de la comunidad integradas al proyecto de Salud.
- Ayudó a la accesibilidad de los servicios, a la detección oportuna de problemas de salud y de atención médica.
- Le dio direccionalidad a la participación comunitaria hacia objetivos preventivos, alcanzables a través de acciones masivas.
- Generó demandas de los distintos sectores sociales necesitados, por la voluntad política y la motivación para atender a la población suburbana y rural.
- Incorporó las acciones de participación en salud en el presupuesto del Ministerio.
- Generó un proceso de integración con otras instituciones.

3. Modalidades de participación según sectores:

a. Intrasectorial:

- Fue una política selectiva de cogestión con Fetsalud, conveniada, debido a la identificación de intereses y porque era el sindicato más representativo o hegemónico dentro del sector.
- No se establecieron formas de trabajo ni instancias con otros grupos, gremios o sindicatos.
- En un inicio la modalidad fue de dinamismo y de integración en gestión interna, en función de esfuerzos únicos, dirigidos: J.P.S.- A.P.S. y el movimiento de brigadistas.

b. Intersectorial:

- La forma de integrar la participación fue a través de los Consejos Populares de Salud, nacional, regional y local.

La mayoría de los entrevistados consideraron oportuno aportar algunas características en relación a la participación intersectorial:

- Estas instancias creadas por el Ministerio, dieron un gran impulso a la participación, porque comprometían a las organizaciones sociales vinculadas al FSLN, en la solución de los problemas de salud de la comunidad.
- Aunque fueron un amplio espacio de discusión, quedaron reducidos porque se les bajaban los planes del nivel nacional a las regiones, y qal nivel local, para la ejecución de tareas.
- Los dirigentes de las organizaciones de masas eran vigilantes y ejercían cierto control sobre las actividades establecidas en el proyecto con el personal de salud.
- Los miembros de las organizaciones de masas, en estas instancias hacían críticas y señalamientos de la actuación del personal de salud y los funcionarios, demostraban sus quejas y demandas a los dirigentes de salud.
- Permitted cierta retroalimentación entre la implementación de la política y la actuación de las diferentes organizaciones sociales involucradas. Pero los cuestionamientos de las organizaciones fue muy limitado.

c. En la Sociedad:

- Principalmente urbana (comités de salud de barrios, municipios, de departamentos en las ciudades), aunque hubo comités comarcales en zonas rurales.

La mayoría de los entrevistados proporcionó algunas características en relación a la participación intersectorial:

- Existía la posibilidad de integración de todos los sectores sociales, a través del movimiento de brigadistas.
- Nunca se definió que la participación en salud en los barrios y en las comarcas fuera por afinidad ideológica o partidaria.
- Fomentó la educación para la salud con la comunidad, a través de brigadistas y parteras.

4. Características de la participación en salud:

a) En acciones definidas por el Ministerio de Salud:

- Las Jornadas Populares de Salud: Campañas de vacunación masivas, lucha contra la malaria, campañas de higiene comunal, higiene escolar y de atención básica.

La mayoría de los entrevistados proporcionó algunas características en relación a la participación intersectorial:

- Surge como una necesidad institucional de dar una respuesta a los problemas de salud del país.
- El Ministerio de Salud define esta política en base a lo que podía ofertarle a la población, y los representantes de las organizaciones de masas elaboraron una contrapropuesta de las actividades principales.
- Se atendió al margen del proyecto, la demanda de algunas organizaciones de trabajadores, sobre Salud ocupacional.

b) En acciones de decisión conjunta:

- En la ejecución de las tareas, cómo desarrollar las actividades, según objetivos e intereses de cada organización social.

- En la supervisión de las acciones en desarrollo.
- Las acciones de capacitación de los brigadistas de salud y de parteras empíricas, porque eran las organizaciones quienes los convocaban y seleccionaban.
- Las acciones locales decididas por demanda de las organizaciones de masas, en conjunto con empresas municipales o decididas en conjunto con las fábricas.
- A nivel local, como producto de la crítica, la mejora del trato y la relación con el paciente. Y apoyo en la construcción de puestos de salud.

c) En acciones propuestas por las organizaciones sociales:

- Acciones de salud orientadas a grupos poblacionales específicos: sector de trabajadores (salud ocupacional), maestros (atención médica), las mujeres (educación sexual y planificación de la familia) y los jóvenes (educación sexual). Eran realizadas con apoyo técnico del personal de salud, a nivel regional o local y con los voluntarios de cada organización. Pero no eran propuestas con objetivos de salud a largo plazo.

d) Proyectos alternativos y/o autónomos:

- Surgen proyectos alternativos como la clínica de la Medicina de Atención a Trabajadores de la CST. Proyecto "Soy Nica", Proyecto de Educación Sexual de la JS19J. Se crea CISAS como ONG que trabaja en educación para la Salud e investigaciones y asesorías en salud. Algunas de estas expresiones propias de las organizaciones son muy limitadas todavía.
- Programas ya existentes y autónomos son: Provadenic, Asociación Demográfica y Servicios Múltiples. Estos funcionaban con cierto control por parte del Ministerio de Salud.

Valores sociales y participación social en salud:

5. Influencias de los valores sociales en la participación en Salud.

a) Cuáles eran los valores en salud:

- La Salud como derecho a ser atendido. Y como responsabilidad del Estado.
- El Derecho a participar y de aportar soluciones y críticas.
- la Igualdad en la atención como expresión de igualdad social.
- La gratuidad de la atención.
- La aceptación de la prevención de la enfermedad.
- La reivindicación de la salud como un valor social.
- La persistencia de la salud como curación de la enfermedad. Y de la salud como mercancía.

b) Cómo potenciaron el proceso de Participación en Salud?

- La salud era una necesidad reivindicada socialmente.
- Generó un movimiento de igualdad en los beneficios.
- Impulsó las acciones con elementos propios de cada comunidad y de cada organización social existente.
- La participación de brigadistas fortaleció a las organizaciones sociales, éstos demandaban un lugar para participar como dirigentes y líderes formados.
- Generó la necesidad de cambios en valores sociales y de salud.
- Fue una afirmación subjetiva a través de la práctica social en salud, por parte de los miembros de las organizaciones.

c. Cómo limitaron el desarrollo del proceso?

- Generó una demanda excesiva de atención curativa dependiente del Sistema, donde todo lo tenía que aportar la institución.
- Ciertos valores degeneraron en igualitarismo, dependencia, paternalismo y se convirtieron en un círculo vicioso.
- Inconformidad progresiva por la falta de recursos y de respuestas, que antes habían sido satisfechas.
- La imposición de las acciones por parte de la institución, limitó la participación de la población que

además desconocía la organización y funcionamiento de los servicios.

- Los antiguos asegurados resintieron sentir que ya no eran atendidos de forma diferenciada.
- Limitaciones para la participación del gremio médico.
- Generó desmotivación la repetitividad de las acciones.

6. Comportamiento en relación a la participación.

a) De los grupos sociales:

- De involucramiento e integración: activo, masivo, de iniciativas, beligerante, especialmente jóvenes, mujeres y maestros.
- Algunos buscaron alternativas propias.
- Aportes de los recursos propios de cada organización social.
- De ejecución de tareas de salud que la institución demandaba.
- Participar en la movilización social, aún los grupos menos politizados como la Asociación de Padres de Familia, o grupos religiosos.

b) De las Organizaciones sociales:

- Dependencia de las orientaciones y líneas partidarias e institucionales, lo que no permitió el desarrollo del poder local.
- Participación voluntaria y disciplinada en relación a las orientaciones bajadas desde arriba: gobierno, institución, partido en el poder.
- De demandas beligerantes de acciones y programas para atención al trabajador y a la mujer y al niño, por parte de CST, ATC, ANDEN, ANMLAE, Fetsalud.
- Los dirigentes de las organizaciones eran beligerantes, porque querían concretar la Revolución.
- Respondían a las políticas del estado y no tenían un margen de actuación que les permitiera salirse de las prioridades del Estado y sus instituciones.
- En algunos casos la participación en las acciones era consensuada.
- Las organizaciones religiosas lucharon por tener un espacio en la participación (Iglesias Evangélicas, Comunidades Cristianas de Base).

c) De las Instituciones estatales:

- El Ministerio de Salud imponía las prioridades basado en criterios técnicos y las estrategias y acciones a desarrollar. Disponía el qué y cómo hacer.
- Involucramiento activo y de coordinación en todas las instancias y niveles, porque el trabajo comunitario en salud tenía un mismo significado para el proyecto social de la Revolución, y por tanto era obligatorio.
- El Ministerio de Salud tenía liderazgo, funcionaba como rector de la salud. Convocaba, organizaba y orientaba.
- Las organizaciones de masas asumían las disposiciones del Ministerio como un dictado, pero eran conscientes del proceso político, porque el discurso de la institución se planteaba como consecuente con las necesidades de la población.
- El Ministerio de Salud negociaba sólo con otros sectores del sector social y del propio Sistema Nacional de Salud: MIDINRA, MED, CNES, EPS, MINT, Alcaldías.

Valores culturales y proceso de participación en salud.

7. Creencias y su influencia en el proceso de participación:

- Mágicas, supersticiosas, de brujería. En algunos sectores rurales y suburbanos, la enfermedad como un "mal", o un hechizo.
- Religiosas o como castigo divino.
- Tradicional/popular, relacionado con ideas de los contrarios: frío-calor. Y medicina natural, ritos curativos y el poder de los curanderos.
- Relación de la salud con factores socio-económico.
- Sobre valoración de la atención diferenciada: Partera, enfermera, médico, especialista/ Puesto, Centro, hospital local, nacional.

a) Cómo potenciaron el proceso de participación?

- Integración de las parteras tradicionales y curanderos en algunas comunidades de la Región I y la RAAS (antes ZEII).

- A nivel rural, las comunidades comienzan a demandar no sólo Salud, sino también para la producción de alimentos y mejorar su nivel de vida.
- Había necesidad de la población por los conocimientos y prácticas de salud.
- Surge el proyecto de Rescate de la Medicina Tradicional en la ZEII y Región I.
- Se intentó no negar los aspectos culturales en salud de la población.

b) Cómo limitaron el desarrollo del proceso de participación?

- Ciertos sectores se negaban a la vacunación por creencias religiosas.
- Las creencias no fueron estudiadas previamente.
- El Ministerio mantuvo una dualidad en relación a reivindicar los aportes de la Medicina Tradicional, debido a la oposición del sector médico.
- Existía en la población rural más confianza en la atención de los curanderos.
- Al inicio hubo cierto rechazo al programa en zonas rurales y poblaciones étnicas.

Factores condicionantes del proceso de participación.

8. Factores ideológicos relacionados con la salud.

a) Concepción de Salud/enfermedad predominante:

- La enfermedad como una mezcla, una simbiosis de origen natural-sobrenatural o religioso, transmitido por las familias.
- Medicalizada y asistencial de médicos, hospitales, medicamentos, servicios; aunque se empezó a formar una mentalidad preventivo-curativa.
- Es concebida como consecuencia de las condiciones ambientales, del trabajo y la vivienda.

b) Concepción popular en relación a los servicios:

- Derecho de demanda a la atención y de obligación del servicio para atender a la población.
- Los servicios eran considerados como pertenencia comunitaria en las zonas rurales.
- Inclínación popular por la atención en los servicios hospitalarios.

9. Factores organizacionales y participación en salud.

a) Cuáles fueron los factores organizativos que potenciaron el proceso de participación?

- Consolidación de las organizaciones de masas que incrementó su radio de acción en la base.
- Coordinación intersectorial a nivel regional y local (gobierno regional, instituciones, partido de gobierno y organizaciones vinculadas).
- Los lineamientos institucionales y partidarios (determinaron el involucramiento de las organizaciones sociales a lo interno del sector)
- Demanda de cumplimiento de actividades por la institución y coordinación entre el MINSA y el Consejo Nacional de Salud y las comisiones.
- Promoción de competencia y estímulos por regiones y a nivel local.
- Planes de trabajo y supervisión conjunta.

b) Qué factores limitaron el desarrollo de la participación en Salud?

- Se descuidó la atención al desarrollo organizativo para el abordaje de los problemas de salud propios en cada territorio.
- La tendencia a limitar las opiniones de los participantes, debido a la institucionalización y bajada de líneas verticales.
- Contradicciones entre la institución responsable y otras

instituciones (MINSА-MITRAB; MINSА-CNES)

- El cambio paulatino de rol de las organizaciones populares demandado por las tareas de la guerra.
- Imponer procesos de participación en sectores donde la población no sentía la necesidad de participar en salud.
- Faltaron mecanismos de control.

10. Gestión en salud y proceso de participación.

a) Características de la gestión y la participación en salud:

- Dirigida a captar recursos de la comunidad.
- Abrió un espacio, una instancia, los Consejos de Salud, en los que se podía plantear propuestas e inquietudes. Se analizaban y eran formuladas como líneas de trabajo por consenso.
- Imposición institucional de las acciones.
- No fue introducida como práctica a lo interno de los servicios.
- Había inexperiencia y temor por parte de los directores de áreas de salud.
- Dirigida a la capacitación de brigadistas, pero sin darle seguimiento.

b) Características de las instancias de participación en la gestión:

- Eran deliberativas para la toma de decisiones sobre la ejecución y rendición de informes de los resultados, tanto del MINSА como de las organizaciones.
- Se transformaron en instancias formales y se agotaron por un proceso repetitivo.
- Algunos organismos eran beligerantes y expresaban posturas "encontradas" en relación al MINSА. Esto dependía de la fuerza de cada organización en cada territorio. Y a veces rechazaban las líneas bajadas por el MINSА.
- No tenían un funcionamiento autónomo.

- No se tomaban decisiones por problemas de capacidad y bajo nivel de responsabilidad de los delegados de las organizaciones.

11. Participación en los servicios de salud:

a) Tipo de participación en los servicios de salud:

- Cogestión con FETSALUD, por interés mutuo, objetivos comunes en Consejos técnicos.
- Había una actitud pasiva de los dirigentes sindicales de Fetsalud, una actitud poco autónoma.
- No se incluía a otros sindicatos, quedaban marginados por una actitud excluyente.
- Participaban las sociedades médicas en actividades científicas.
- Había discrepancia en sectores que no se sentían representados (Colegio médico, ANSUS)

b) Involucramiento de las organizaciones sociales a lo interno de los servicios:

- Era limitado el cuestionamiento en relación al funcionamiento de los servicios.
- Criticaban la calidad de la atención en función de un sector específico: mujeres, trabajadores, maestros, asegurados.
- La vinculación de las organizaciones a lo interno de los servicios fue mínima, salvo excepciones como en el hospital de Somoto, el Berta Calderón, Centro de Salud Leonel Rugama.
- Con aportes de recursos materiales para el funcionamiento de unidades sanitarias.

12. Participación del personal de salud en acciones comunitarias.

a) Características de las relaciones con grupos sociales:

- De orientación, formación y de servicio, con las familias, motivada, a pesar de la carencia de recursos, que fomentó el uso y abuso de la medicalización y de los servicios.
- Era una relación de imposición técnica y de utilización de líderes, brigadistas y parteras, para cumplir las metas programadas.
- En las zonas rurales y comunidades pequeñas la identificación e integración con las familias fue mayor.

b) Características de la relación con las organizaciones de la comunidad:

- Fue molesta al tener que trabajar con falta de entendimiento: sensación de invasión al campo propio de trabajo, rechazos, distancia, temer a la crítica, celos con los líderes, discrepancias y falta de capacidad para trabajar con líderes comunitarios, para reconocer el valor de los recursos comunitarios, saber hacer concesiones y negociación.
- Las organizaciones, sus representantes, tenían poder de denuncia.
- Fue fructífera por la identificación de objetivos e intereses, de preocupación conjunta y coordinación.

II. PERIODO 1986-1990.

Descripción de la Política de Participación social en salud:

El Plan de Salud de 1986, caracteriza el contexto de este período, con el escalamiento de la guerra de agresión, el bloqueo político y económico, agudización de la situación de crisis económica por las variables externas y la misma demanda de recursos para la defensa. Otros factores en el orden socialpolítico y económico son: verticalización de las instituciones, crisis de las organizaciones sociales vinculadas al FSLN, desabastecimiento y pérdida paulatina de las capacidades de las instituciones de servicios. Estos factores impactan en el sector Salud en diversos órdenes: Disminución de recursos financieros, distorsión del estado de salud de la población, migración interna y surgimiento de nuevos asentamientos. A esta situación hay que agregar los "Acuerdos de Esquipulas" y un período de paz relativa, casi al final del período.

Este período se ve caracterizado por dos subperíodos: De 1986 a 1987, se da una continuación de las acciones desarrolladas en el programa de participación del período anterior arriba señalado. De 1988 a 1990 se plantea la profundización del cambio en el modelo organizativo del Sistema Nacional de Salud, iniciado en 1986.

Los retos planteados en el Plan de Salud de 1986, eran la racionalidad, optimización de los recursos, fortalecimiento de la capacidad organizativa institucional, articulación adecuada del MINSA con otras instituciones, y vinculación e incorporación de la comunidad a las tareas generales de Salud. Y se plantea que en "estas circunstancias, la salud constituye un instrumento político de gran importancia para contribuir a derrotar la agresión y enfrentar las dificultades económicas" ³².

La base de la reorganización del Sistema de Salud es la conformación de los Sistemas Territoriales de Salud. Y se definen los niveles de resolución del Sistema, se introduce la programación local, la articulación lógica de los niveles de atención y el mejoramiento de la administración de los servicios de salud ^{33, 34}. a la vez que se desarrolla un proceso de redefinición y reorganización de las organizaciones sociales.

En relación a la Participación de la comunidad, esta se inserta dentro de las acciones de atención primaria en Salud, las cuales " deben estar vinculadas a la organización general del poder revolucionario, de forma tal que los instrumentos de poder puedan contribuir al mejoramiento de la atención a la población", y agrega, "debe insistirse en la responsabilidad de la comunidad en el logro de mejores niveles de Salud. El pueblo debe ser sujeto responsable de su estado de salud".

Los actores sociales o "sujetos del Plan para lograr este cambio fueron:

- a) Los trabajadores de la salud,
- b) La comunidad, como sujeto de su propia salud, y
- c) otras instituciones, para la coordinación y el trabajo intersectorial.

1. Caracterización del Contexto Socio-Sanitario:

Se consolidan las instituciones del Estado, porque el gobierno se legitima con las elecciones de Noviembre de 1984. Sin embargo, como producto de la profundización de la guerra, se genera una centralización absoluta del poder y un proceso de verticalismo de las instituciones estatales. El Estado y el Ejército se colocan por encima de la sociedad.

La política global del gobierno es " Todo para la Defensa". que orienta la racionalización de los escasos recursos en función de la guerra. En medio de esta crisis económico-social y del conflicto bélico, la política de participación social contribuía a disminuir la incertidumbre de las estructuras de gobierno, mediante el reflejo de apoyo popular a sus políticas.

La participación era un elemento importante para amortiguar e incidir en la crisis en las zonas urbanas y rurales en medio de la guerra, debido a la pérdida de algunos beneficios sociales en salud, que antes se habían facilitado (gratuidad del servicio, de los medicamentos). Pero las acciones masivas que se desarrollan son mas limitadas o menos intensivas.

Existía una pobre diferenciación entre las organizaciones sociales vinculadas al FSLN y la sociedad política, lo que hizo que éstas se comportaran como una estructura cuasimilitar, esperando que bajaran líneas de actuación.

Se produjo una hipertrofia en la capacidad de convocatoria y de movilización social de las organizaciones sociales, debido a múltiples factores socio políticos y organizativos.

El aumento de la población impacta en las estructuras de los servicios de salud y los recursos que siguen siendo los mismos, el presupuesto es más pequeño y hay una alta rotación del personal sanitario. El deterioro de la situación de salud, se refleja en que algunas enfermedades bajo control vuelven a los índices anteriores.

Esto era consecuencia del deterioro de las condiciones de vida y también moral. La falta de adecuados controles administrativos redundaban en mal manejo de los recursos. Anarquía. Faltaban sanciones legales que afectaba la imagen institucional, también del Ministerio de Salud, ante los actores sociales.

Todo esto incidió en la disminución de la motivación de la población para seguir participando y los que actúan, las organizaciones sociales, participan por compromiso político partidario. Se había perdido la participación a nivel comunitario, y aparece el "fachadismo" en salud, porque ya la atención misma era pésima.

En este contexto los espacios participativos se cierran o se restringen y quedan limitados por la centralización institucional. Las organizaciones quedan plegadas al centralismo estatal y pierden la relación consecuente con la población que antes aglutinaban. El comportamiento de las organizaciones sociales ante los grupos sociales fue diferenciando a unos de otros, haciéndose como de "clase" social, generando una actitud sectaria. Hasta después de la pérdida de sus fuerzas es que se ensayó una cierta tolerancia.

De todas formas, a las organizaciones vinculadas al gobierno se les agota el modelo de desarrollo y no logran trascenderlo, hasta un poco tarde el CDS que se transforma en Movimiento Comunal, y AMNLAE, que tratan de adaptarse a las nuevas circunstancias volviéndose más autónomos. Desaparece el CDS que fue convertida en una "organización paramilitar" y sus dirigentes quedan marginados. La necesidad de la defensa del país los colocó en una contradicción. Pero en esa misma situación se consolida, por ejemplo, la UNAG. El movimiento Comunal desde 1988, con una visión comunitaria, ya no partidista, integra a la población en torno a proyectos propios, aunque limitados por el deterioro social.

Las organizaciones Movimiento Comunal y AMNLAE redefinen su relación de trabajo con el Ministerio de Salud. Cobran autonomía y esto genera una situación nueva. Resulta, por tanto, más complejo para los directores de Área del MINSA, asimilar la nueva situación, dado que les faltaba capacidad para la negociación.

Estas organizaciones se reorganizan para recuperar su liderazgo. Por lo tanto, la participación de las organizaciones sociales en la implementación de la política de participación en salud empieza a modificarse, bajo la premisa de la negociación, como consecuencia de su propio deterioro organizativo, el desgaste de su fuerzas y de su baja capacidad de convocatoria y de movilización. La salud se presenta como de interés comunitario, como valor social para motivar y movilizar a la población.

Las organizaciones sociales adoptan otra actitud frente al Estado y toman un distanciamiento estratégico, por la contradicción que genera la necesidad de sobrevivencia como organización. La situación de la Revolución demandaba un cambio organizacional de sus organismos, pero tanto las instituciones como las organizaciones sociales definidas y organizadas con un esquema previo, se resisten a esas transformaciones, y aunque son impulsadas por la dirigencia, quedan mediatizados por un contexto excesivamente dinámico y cambiante.

Los actores sociales que reaparecen como un movimiento contrahegemónico, participan con ayuda y acciones de beneficencia.

Las necesidades de salud de la población se han transformado, hay demandas por la calidad de la atención. El Ministerio de Salud estudia nuevas alternativas de intervención. El análisis del funcionamiento de los servicios de salud en relación con la calidad de la atención, obliga a la reorganización de los mismos. En base a este análisis se elaboró una propuesta de modelo de producción social de la salud.

La alternativa de actuación del Ministerio de Salud en las circunstancias de guerra quedan más reducida y las limitaciones institucionales son más visibles. La aspiración ya no es el crecimiento en salud, sino mantener lo logrado, pero de forma programada. La descentralización responde a la necesidad de actuación a nivel local, especialmente en las zonas de guerra.

La modalidad de participación se modifica con la Campaña de la "Vida del Niño". Pero a al mismo tiempo se da la contradicción de la centralización y del ordeno y mando. Hay un replanteamiento sobre la posibilidad de ampliar el modelo de salud, con un proyecto dinamizador que esa Campaña, con la que se busca coherencia en la actuación de la institución y las organizaciones civiles.

El proceso de aplicación de la política de la Vida del Niño, sirvió de apoyo a la aplicación de los cambios organizativos, tanto del Movimiento Comunal como de AMNLAE. Porque se presenta como desideologizada, más integradora. Replantea la participación como una demanda abierta en la que podía involucrarse a todas las formas organizativas existentes en cada localidad.

La integración del gremio médico fue muy limitada, debido a la falta de un enfoque integrador de lo preventivo y lo participativo en el proceso de formación de los recursos humanos.

Aunque el Ministerio de Salud anuló el Consejo Nacional de Salud como instancia central de discusión, se trató de conservar la idea y voluntad política de fortalecer el movimiento social a nivel local. Las organizaciones sociales, que han ganado en experiencia pero han perdido fuerzas, se incorporan en la dinámica más abierta de "La Vida del Niño".

Al final, hay una consolidación del modelo médico, porque la institución se aboca a fortalecerlo, aunque incorpora una visión epidemiológica y se recupera la comunicación con las organizaciones civiles.

En los escenarios de la guerra había impedimentos, obstáculos, para el desarrollo de la participación comunitaria y las acciones de salud tuvieron una expresión más institucional. El Ejército sustituye al Ministerio de Salud y a las organizaciones sociales en las acciones de salud con la población campesina. Hay destrucción de unidades de salud en las zonas

rurales.

El Ministerio de Salud no logró a nivel de conducción destrabar el aparato burocrático, la verticalidad del funcionamiento institucional, se arrastró ese modelo durante todo el período. La comunidad fue más objeto que sujeto del proceso de participación en salud. Y se produjo un adormecimiento, un reflujo organizativo y de movilización social.

La participación se institucionalizó y perdió su carácter espontáneo, masivo. Se mantiene la participación de forma instrumentalizada que funciona por inercia. Las organizaciones sociales atendían las acciones de salud de forma especializada o por sectores. La participación de los brigadistas de salud fue restringida en las zonas rurales o de guerra, entonces cobra importancia la participación de las organizaciones religiosas o de acción cristiana.

El nivel local cobra mayor relevancia en la implementación de la Política, tanto a nivel de Delegaciones de Gobierno Regional como en las alcaldías. Los lineamientos y estilos de trabajo de la institución desalentaban la participación, al imponer las líneas de actuación en el quehacer en salud y por la polarización de la sociedad.

La intersectorialidad tuvo limitaciones obvias, debido a la acumulación de problemas en todos los sectores; la falta de recursos limitó la cohesión en la actuación de los órganos públicos en su apoyo al Ministerio de Salud. Las alcaldías asumen y juegan un rol diferente, de cierta autonomía.

2. Proceso de Formulación de las Políticas de Participación social en Salud.

1. Actores sociales relevantes participantes en el proceso:

- Continúa el protagonismo de las organizaciones afines al gobierno, pero con una base social más pequeña o reducida, menos en la Región I.
- Nuevo rol de las alcaldías que ganan en relevancia.
- Ministerio de Salud y otras instituciones estatales.
- Reaparecen otros actores sociales que inician una recuperación de su influencia (Cruz Roja, ONGs).
- Iglesias y sus proyectos autónomos (Central de Servicios múltiples, PROVADENIC).
- Organismos internacionales de cooperación.

- El Club de Rotarios apoya con recursos materiales.

2. Espacios de participación en la formulación de la política de participación en salud:

- Aunque es disuelto el Consejo Nacional de Salud, se crea la Comisión de la "Vida del Niño", interinstitucional e intersectorial.

- Se mantienen y se motiva la creación de espacios en las regiones, el municipio o las áreas de salud. Se crean las comisiones Sociales. Aunque en algunas regiones (IV) fue anulada toda posibilidad de participación y discusión.

- Se fomenta la relación bilateral entre la institución y las organizaciones y con los nuevos actores sociales que reaparecen.

- Se abre un nuevo espacio a otros actores no incluidos antes, pero la participación de éstos es limitada en la base.

- Las instancias de participación son poco deliberativas. Las transforman en burocráticas, de ejecución de líneas, de disciplina absoluta.

3. Elementos de base para la definición de la política:

- Ajustes en el modelo de Salud de acuerdo a las nuevas condiciones de crisis económica y social y de profundización de la guerra.

- Pérdida de liderazgo del Ministerio de Salud, desgaste por otras prioridades, que desemboca en un proceso de recomposición orgánica y reestructuración, y se conserva cierto liderazgo de Salud en los territorios.

- Incorporación de la participación social especialmente a nivel local.

- La necesidad de proteger la reserva estratégica de la nación: los niños.

- La demanda de atención en salud es mayor y hay menos recursos. Entonces se plantea promover la incorporación plena de los agentes comunitarios.

- Surge una actitud crítica en las organizaciones sociales, y se presentan como entidades negociadoras a nivel central, aunque a nivel local se mantiene la dependencia de la institución.

- Existe ya una tradición de participación, y hay sensibilidad de la población en relación a la salud, pero las organizaciones son totalmente orientadas por el partido de gobierno y la institución.

- Surgen iniciativas de proyectos alternativos propios de las organizaciones como mecanismo de conservación de la hegemonía de las organizaciones sociales de la Revolución, frente al reto del rechazo de la población por las acciones para la guerra (movilizaciones).

- El apoyo del gobierno y el compromiso político partidario garantizan la intersectorialidad.

4. Relación de la política de participación en salud con los valores de la sociedad:

- Solidaridad y compromiso social en las acciones sociales a lo que respondía la actuación de las organizaciones sociales como uno de sus componentes ideológicos.

- El derecho a la salud e igualdad de los ciudadanos para la atención. Y La Vida del niño como un valor socialmente aceptado.

- Preocupación por los efectos negativos de la guerra y la crisis económica.

- Promoción y prevención de la enfermedad.

5. Propósitos institucionales en relación con la política de participación en salud:

- Reorganizar los servicios de salud, descentralizar las decisiones para la ejecución de los planes.

- Dar una respuesta a algunos problemas sensibles de salud, como los de la madre y el niño.

- Mantener los logros alcanzados en salud y contener el deterioro. Evitar el colapso de los servicios e influir en el ánimo de la población manteniendo una situación mínima de atención en salud.

- Movilizar recursos propios de la comunidad. Esto agudiza el utilitarismo de la participación, justificándolo con el impacto de la guerra. Pero es producto de la burocratización del Estado.

- Recuperar el lenguaje de comunicación para el

entendimiento con otros actores sociales no vinculados al gobierno y abrir nuevos espacios que permitan no perder la hegemonía.

- Reducir la mortalidad infantil desarrollando un proceso de salud intersectorial.

- Cambiar la forma de gestión de la participación especialmente a nivel local y rescatar la proceso de reflexión y motivación de las organizaciones políticas y civiles sobre la Salud de la población.

6. Cambios esperados a largo plazo en relación a la política.

a) En el perfil epidemiológico:

- Disminuyó la mortalidad infantil de 82 a 64x 1000n/v.
- Se mantuvo el control sobre la polio.

b) Aumento de la cobertura en salud:

- En control prenatal y puerperal, pero con más organización de los servicios.
- En vacunaciones con antisarampionosa, DPT y DT.

c) Conciencia sanitaria de la población:

- Conocimientos de prevención enfermedades trasmisibles.
- Actitudes y prácticas sanas, pero se consiguen en menor escala.
- Se adquiere la conciencia del derecho a la atención.

d) Desarrollo de la Atención Primaria:

- Con la participación de agentes comunitarios tradicionales y populares.

e) Fortalecimiento del nivel comunitario de atención:

- Se formaliza algo que de hecho ya existía en la comunidad, con una nueva modalidad: Casas bases y puestos médicos de barrio.
- Articula la atención comunitaria con las organizaciones sociales.

7. Componentes que orientan la política de salud:

- Componente social de la Campaña de Vida del Niño.
- Proyección de la institución a la comunidad para el desarrollo de acciones de atención primaria.
- Control de endemias como la malaria y el dengue.
- Formar agentes comunitarios en salud: brigadistas, parteras.
- Desarrollo de iniciativas comunitarias y municipales.

Crear instancias locales de participación(Comisiones de Salud).

8. Prioridades en la formulación del plan y programa referido a esta política:

a) Objetivos y metas:

- Reducir la mortalidad infantil y materna.
- Mantener el control sobre la polio y los avances con otras enfermedades transmisibles: sarampión y DT.
- Brindar atención preferente a la madre y al niño.
- Organizar el parto domiciliario.
- Formar agentes comunitarios como parteras para la atención del parto en la casa.
- Los tipos de planes y programas conservan un alto componente de movilización social, sin embargo ya hay una orientación a la participación comunitaria con el apoyo a las iniciativas locales, la municipalización, etc. .



9. Estrategia de participación en salud:

- Fortalecer en el nivel local las iniciativas comunitarias y articular los servicios de salud con las instituciones y organizaciones municipales.
- Desarrollo de acciones de salud en la comunidad: parto domiciliario, casas bases, puestos médicos de barrio, movilización de brigadas de salud.
- Fomento de proyectos autónomos: Medicina tradicional, Soy Nica, Pro-familia.
- Análisis microlocalizado de los problemas de salud para su solución.
- Continuidad en las acciones masivas.

10. Las directrices para la Organización en la aplicación de la política de participación en salud:

- Lineamientos del gobierno y del Ministerio de Salud.
- Implantación del programa de la Campaña.
- Supervisión y asesoría.
- Desarrollo de procesos de capacitación al personal de salud y de las organizaciones sociales a nivel local.
- Ubicación y desplazamiento de cuadros a niveles regionales y municipales.
- Coordinación con otras instituciones estatales y municipales.
- Revisión del funcionamiento de la Comisión "Vida del Niño".

11. Marco de implementación de las estrategias de participación en salud:

- Inestabilidad social debido a los factores de crisis económica y de los efectos de la guerra.
- Pérdida de vidas humanas en edad productiva. Aumento de migraciones internas y externas, alta mortalidad por la guerra. Aumento del desempleo y desabastecimiento de alimentos.

- Hay una crisis profunda y un conflicto marcado en el campo, con los campesinos.
- Aplicación de Medidas de Ajuste económicas en 1988.
- Deterioro de las capacidades institucionales del Ministerio de Salud. El deterioro de los servicios y la mala calidad de la atención creó malestar en la población.
- Abandono de las acciones preventivas y de educación en salud, por falta de recursos y de la producción de servicios por parte del personal médico.
- Incorporación de la participación en el poder local, con la ley de municipalización.
- No existen ya procesos de negociación entre la institución Salud con las organizaciones sociales.
- Surgen algunos proyectos alternativos en salud, por parte de las ONGs.

12. Monitorización de la política:

- Cada organización define de forma autónoma sus propios mecanismos de evaluación. (Movimiento Comunal, AMNLAE) Evalúan el proceso participativo, desarrollo organizativo y resultados.
- La evaluación institucional mide solo el impacto en Mortalidad infantil y mortalidad materna. Es tecnocrática. Se hacen análisis con indicadores de impacto para la toma de decisiones.
- Funciona una comisión de la Vida del Niño, pero no existe un seguimiento sistemático, por falta de un acuerdo consensuado sobre qué evaluar. .
- Hay monitoreo de las acciones de la Campaña en los servicios de salud, con visitas y supervisiones de autoridades institucionales. Pero también se realizan asambleas con alcaldes, reuniones intersectoriales.

3. Proceso de Implementación de la política de participación social en salud:

1. Actores sociales relevantes:

a) Principales actores sociales participantes en el proceso de participación en salud:

- Las instituciones del estado, el Ministerio de Salud coordinado con el MED, INSSBI, MIDINRA, MITRAB, SINACOI, INAA, EPS.
- Los actores sociales son los mismos del período anterior (CDS- Movimiento Comunal, Fetsalud, AMNLAE, ANDEN, ATC, CST, JS19J); pero éstos se han debilitado, debido al cambio de posición de muchos ciudadanos.
- Resurgen las alcaldías como cabeza del poder local.
- Aumentan las ONGs y empiezan a asumir un rol más autónomo con respecto del Ministerio de Salud, (CEPAD; CISAS, CSM, otras).
- Los medios de comunicación social.

b) Otros actores sociales no participantes:

- Reaparecen los Clubes de servicio (Rotary, Leones) y prestan apoyo material.
- Cruz Roja empieza a desarrollar sus propias iniciativas.
- Las Cámaras del COSEP, iglesia Católica y centrales obreras de partidos políticos de oposición.

Algunos entrevistados consideraron importante agregar algunos factores relacionados con los actores sociales participantes en el proceso:

- Estas organizaciones respondían a partidos políticos opuestos al FSLN. La situación de crisis socioeconómica les permite ir recuperando algún espacio social perdido, dado el vacío social que van dejando las organizaciones del movimiento Sandinista, debido a resentimientos de los ciudadanos generados por la situación de crisis económica y la guerra (movilización del Servicio Militar Patriótico, y desabastecimiento).
- La no participación de estos grupos en las Comisiones de Salud es debido a que las consideraban de carácter

partidario, pero tampoco se les convocaba. Se da el problema de la coordinación, pero también el de la interpretación ideológica sobre el contenido de algunas acciones de salud. Por su parte ellos atendían con sus propios proyectos otros sectores sociales, especialmente a campesinos en zonas rurales y de guerra.

2. Política de participación en Salud.

a) Características de la política:

- Orientaba el desarrollo coordinado de acciones masivas y ejecución de tareas permanentes en los servicios de salud a nivel local.
- Involucramiento de todas las formas organizativas de la comunidad (movimiento de brigadistas, de parteras, colaboradores voluntarios) y utilización adecuada del recurso social.
- Disposición de abordaje y solución de problemas de salud por sectores sociales y con cada organización (Asociación de Mujeres, Juventud, Trabajadores, Movimiento Comunitario).
- Reorienta las funciones de los brigadistas y parteras hacia los programas prioritarios: materno Infantil, Malaria y Dengue.

b) Tipo de orientaciones a la Organización para la aplicación de la política:

- Se redefine la organización del Sistema Nacional de Salud y se define el Primer Nivel de Atención, que involucra el nivel comunitario de atención.
- Integración plena de los trabajadores de salud, tanto por vía administrativa como por Fetsalud; e implantación de líneas de trabajo por cada organización participante.
- Apoyo al desarrollo de iniciativas propias en cada municipio y a los proyectos existentes, como la Casa del Parto Natural, Centro Nacional de la Medicina Tradicional, etc.
- Lineamientos institucionales y programa de la Capmaña de la Vida del Niño, y articulación con las instituciones del estado, en especial a nivel local con comisiones intersectoriales.

c. Influencia de la política en el proceso de participación en salud:

- Hay una disminución real del proceso y del movimiento social en salud, algunas organizaciones pierden credibilidad, pero tratan de recuperarla. Y se da una mínima recuperación del proceso a nivel local con acciones planificadas y con el recurso de las organizaciones comunitarias.

- Convirtió a los trabajadores de salud en partícipes de los acontecimientos de participación e incidió en la vigilancia de las condiciones de salud de la comunidad.

Se comenzó a lanzar una mayor cobertura en medio de la crisis, pero se limitó a acciones puntuales de reducción de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacuna y algunas infectocontagiosas.

3. Modalidades del proceso de participación:

a) Intrasectorial:

- De cogestión con Fetsalud en consejos técnicos en todos los niveles administrativos del Ministerio, y aunque hay alguna apertura con otras organizaciones sindicales y gremiales, se siguió siendo excluyente.

- Faltó mayor involucramiento de FESOMENIC.

- La participación de los trabajadores de salud se vio limitada a las reivindicaciones laborales.

b) Intersectorial:

- Es eliminado el Consejo Nacional de Salud y se crean Comisiones Sociales regionales y el Comité de Campaña de la Vida del Niño, pero su funcionamiento no fue continuo ni sistemático. Eran comisiones de tipo ejecutivo.

- La participación intersectorial a nivel Central de las instituciones fue muy limitada.

- Se desarrolla más la coordinación bilateral, en especial con el Movimiento Comunal y con la Asociación de Mujeres (AMNLAE).

c) En la Sociedad:

- Desarrollo de un proyecto organizado a nivel local, con la participación del movimiento de brigadistas y de parteras, que conforman junto con líderes comunales y voluntarios, los comités comunales de salud.
- Desaparecieron o disminuyeron los Comités de Salud, por ser objetivos militares de la Resistencia Nicaraguense, y porque comprometía la participación de cada persona.

4. Características de participación social en salud:

a) En acciones definidas totalmente por el Ministerio de Salud:

- La Campaña de la Vida del Niño, las Jornadas de Vacunación masiva y las actividades de control del dengue y la malaria. Aunque hubo coordinación bilateral.

b) Decisión conjunta con las organizaciones sociales:

- Las acciones que se discutían y aprobaban en la Comisión Social o en proyectos de trabajadores de la salud con apoyo de las ONGs.

c) A propuesta de las organizaciones sociales o proyectos alternativos, pero coordinados:

- A nivel local se compartían iniciativas, como elaboración de materiales educativos, propaganda para Campañas y en la ejecución de tareas.
- En el desarrollo de proyectos propios de algunas organizaciones sociales, porque surgen diversas propuestas de las ONGs.

Valores sociales en relación a la participación en salud.

5. Influencia de los valores en relación a la participación en salud:

a) Cuáles eran los valores en relación a Salud?

- El derecho a la salud e igualdad en la atención y a la participación, el bienestar de la población.
- El derecho del niño a la vida.
- La solidaridad y el sentido de cooperación comunitario.

b) Cómo potenciaron el proceso de participación?

- Ya no hay pasividad ante la muerte de los niños. Esto motivó la integración de grupos sociales específicos: mujeres, madres, jóvenes, trabajadores de salud, maestros.
- Integró a agentes comunitarios de forma permanente y abrió nuevos espacios en los que la población no había participado.-
- Ayudó a mantener las acciones de participación en salud a nivel local.

c) Cómo limitaron el desarrollo del proceso de participación?

- Lo que más limitó el proceso fue el carácter predominantemente asistencial de los servicios. Esto disminuyó el grado de participación, pero también como consecuencia de diversos factores sociales.
- La población asumió como valor el derecho a demandar atención médica, pero no interiorizó la visión más integral de la salud. La salud no logró trascender como contraposición a la enfermedad, prevalecieron los esquemas de asistencia y medicalización.
- El nivel de exigencia de atención médica y la falta de recursos en los servicios generó contradicciones entre trabajadores de salud y la población; pero también hubo rechazo al maltrato de los pacientes.

6. Comportamiento en relación a la participación.

a) Tipo de comportamiento de los grupos sociales:

- Es variable según si el área es urbana o rural. La familia urbana asume una actitud pasiva, de espera del trabajo de terreno de la enfermera. Es activo por parte de grupos de madres y padres en las zonas rurales.
- Los jóvenes eran el grupo más activo. También los maestros dieron una respuesta en el trabajo con los escolares.

b) Tipo de comportamiento de las organizaciones sociales:

- Se da un comportamiento más autónomo de las organizaciones sociales involucradas y fomentan una participación democrática y de opinión crítica de la población y recuperan beligerancia al dejar de ser paraestatales.
- Fetsalud asumía el compromiso de los objetivos y metas del Ministerio.
- Las organizaciones que no participaban en la Campaña, empiezan a aportar recursos materiales o a desarrollar actividades a nivel local.
- El cambio organizativo de estas organizaciones no significó un cambio en los estilos de trabajo de los dirigentes de base.
- La Asociación de Mujeres tenía menos capacidad organizativa para atender el reto de la Campaña, aunque captaba y formaba grupos y equipos de salud de la mujer.

c) Tipo de comportamiento de las instituciones estatales:

- Aunque el gobierno estableció directrices para la incorporación de las instituciones estatales, pero éstas dirigen sus esfuerzos a atender sus propias prioridades, debido a la escasez de recursos. Pero se desarrolló la coordinación interinstitucional con el MED, INAA y las alcaldías.
- Limitaban sus aportes, tanto en la comunicación como en los espacios participativos y en la toma de decisiones.

- La participación institucional es más técnica y los servicios imponen las acciones de la Campaña. En el Ministerio se emplean formas burocráticas, verticales. Se trasladó el modelo militar a la institución, esto atrofió el propósito de la política.

C. Valores culturales y proceso de participación en salud.

7. Creencias en salud e influencia en la participación:

a) Cuáles eran las creencias población en relación a salud?

- Mágico religiosas en población de sectores precarios, barrios marginales y asentamientos, urbanos y rurales.

- inicio de una concepción científica de salud. Ideas de patrones de salud enfermedad a causa del trabajo.

- Idiosincracia popular con automedicación, uso de plantas medicinales y remedios caseros.

- En algunos sectores prevalece la idea de "hechizo, mal, amarrar los meses al embarazo, moto. También ren relación al binomio frío/caliente, húmedo/ seco, movimiento de los astros, pero más la luna.

b) Cómo potenciaron el proceso de participación?

- Involucramiento de sectores que tenían una práctica en salud, y estaban motivados para aprender, tener conocimientos de salud. También se involucran sectores que tienen demandas específicas de atención: mujeres, jóvenes, trabajadores.

- Incorporación de agentes tradicionales a procesos de capacitación en salud. La comunidad tiene una valoración de sus propios recursos y prefiere la atención de las parteras y curanderos en algunas zonas rurales.

- Motivó al Ministerio de Salud a modificar algunas creencias y prácticas de las parteras empíricas, como factores de riesgo en la atención al parto domiciliario.

- Ganó un espacio la investigación de la medicina tradicional.

c) Cómo limitaron el desarrollo del proceso?

- Faltó desarrollar un proceso de educación en salud amplio, sistemático, que tomara en cuenta la cultura de los grupos específicos por regiones.
- Al mantenerse inalterables sus creencias acudían a los agentes tradicionales, y no acudían a los servicios por tabúes o no credibilidad en los servicios. O por incitaciones o motivaciones religiosas.
- Hubo un divorcio total entre la concepción de los programas de intervención en salud y las creencias de la gente.

Factores que condicionaron el proceso de participación en salud:

8. Factores ideológicos relacionados con la salud:

- Incluía ya los factores biológicos, de vida y de trabajo, el ambiente, como condicionantes de salud.
- Una concepción de origen sobrenatural. La enfermedad y la muerte por condición de entrega natural a Dios. La vida como bendición divina.
- Hay explicaciones de origen natural como consecuencia de elementos físicos contradictorios (agitarse/calor, mojarse/frío).

a) Concepción popular en relación a los servicios de salud:

- De obligación de los servicios de brindar consulta médica como requisito de derecho, pero se produce un distanciamiento entre servicios y la población, porque hay menos recursos. La población pierde la confianza en la calidad de la atención.
- Inconformidad de los trabajadores por pago de seguro social al recibir la misma atención que los demás.
- Se desarrolla la aceptación de las acciones preventivas.

9. Factores organizacionales y participación en salud:

a) Cuáles fueron los factores organizativos que potenciaron el proceso de participación?

- Fomento de los sistemas territoriales de salud y existencia de nivel comunitario de atención. La municipalización y las nuevas prácticas de integración de la población sin distinciones políticas e ideológicas.
- Lineamientos de la política, planes y programas institucionales, desarrollo de la coordinación intersectorial.
- Ajustes organizativos del Ministerio de Salud, descentralización de las decisiones, la ejecución presupuestaria.
- Supervisión y asesoría a las unidades de salud, comunicación directa con algunas organizaciones sociales. Y capacitación del personal de salud y de la comunidad.
- Aplicación de la medida de realizar el análisis de morbilidad y mortalidad infantil por causas.

b) Cuáles factores limitaron el desarrollo del proceso?

- El homologismo organizativo de las regiones con el nivel Central, creó una doble subordinación de los responsables institucionales y de las organizaciones sociales.
- Imposición institucional de las tareas a las organizaciones sociales e incumplimiento del Ministerio de Salud con la logística para la implementación a nivel local.
- Poca asesoría y supervisión sobre adecuación del Programa a nivel local, agravado porque el personal de conducción de Areas de salud, no tenía conocimientos ni experiencias en gestión de servicios o de este tipo de programas.
- Poco desarrollo de la municipalización, en la que descansaba parte importante del impulso de la ejecución de las acciones de la Campaña.

10. Gestión de la participación en salud.

a) Características del modelo gerencial en salud:

- Énfasis en acciones planificadas de acuerdo a la situación de salud.
- Con los ajustes organizativos (87/88) se avanzó en la descentralización, pero no logró desarrollarse ni profundizarse este nuevo enfoque o modelo.
- Autonomía en los servicios de salud, búsqueda de eficiencia y la eficacia y articulación con el poder local.

b) Características de la gestión de participación social en salud:

- Asignación de responsabilidad social a las organizaciones sociales de la comunidad, para que aporten recursos y contribuyan a la solución de sus problemas.
- la relación de los directores de Área de Salud con las organizaciones sociales era de ejercicio de autoridad, para lograr mejores resultados.
- A través del Gobierno Regional se bajaban líneas de trabajo en planes de trabajo ya formulados, tanto a la institución como a las organizaciones. Esto limitó el liderazgo del MINSA y de las organizaciones.
- Al principio hubo mayor espacio para la discusión de los problemas y en la toma de decisión. Pero se trató de ajustar la participación como un recurso de bajo costo y se desvirtuó la estrategia.

c) Características de las instancias de gestión de la participación:

- Pasan de ser deliberativas al formalismo y se mantienen como instancias de coordinación de áreas de la Campaña. Son instancias de discusión sólo de los compromisos asumidos por cada organización e institución involucrada en la Campaña.
- Evalúan la participación de manera conjunta, pero se dio de forma limitada. Los informes eran sólo de la producción de los servicios.

- Las organizaciones abandonan por su propia cuenta las instancias poco eliberativas y potencian su propio espacio en el territorio, para reforzar sus estructuras organizativas.

11. Participación en los servicios de salud:

a) Participación en los servicios salud entre administración y trabajadores de salud:

- De cogestión sólo con Fetsalud, pero sin mayor autonomía por parte de Fetsalud, que se convierte en una organización de apoyo institucional, aunque tenía fuerza para expresar sus reivindicaciones.

- Las propuestas de los trabajadores de salud no eran tomadas en cuenta, las decisiones las tomaba la Dirección o el Consejo Técnico Regional.

- La actitud de los dirigentes institucionales era autoritaria, y tímida o temerosa por parte de los trabajadores, que se limitaban a recibir orientaciones e información del punto de vista institucional.

b) Involucramiento organizaciones sociales a lo interno de los servicios de salud:

- Hay señalamientos, quejas, sugerencias por parte de los dirigentes de las organizaciones y de la población, en relación a la mala calidad de la atención. Eran escuchados pero las respuesta institucional era limitada.

- No había ningún involucramiento en los servicios. Sólo se dio la oportunidad a las organizaciones involucradas en proyectos de apoyo directo a unidades de salud, como la Asociación de Mujeres AMNLAE con el hospital Berta Calderón.

- Existía cierto involucramiento de los medios de comunicación, pero poco en la relación directa con las instancias de participación.

12. Participación del personal de salud en las acciones comunitarias.

a) Características de la relación con los grupos sociales:

- Se había perdido la motivación, el compromiso, la mística de trabajo. Pero se mantenía en ciertos grupos de trabajadores integrados a Fetsalud.

- Se daba un intercambio de experiencias debido al interés del personal de salud, para alcanzar los objetivos y metas de sus programas, tanto con las familias como con las escuelas.

- La participación del personal en acciones en la comunidad les permitía orientar y educar a la población de los barrios, pero es una relación bastante institucional, de trabajo de terreno remunerado, técnica, esquemática, apegada a normas.

- Había mística y compromiso de trabajo, entusiasmo y participación de los trabajadores con las familias, las mujeres y los médicos y enfermeras de barrio gozaban de aceptación y confianza de parte de la población, hay información mutua y vinculación estable.

b) Características de la relación del personal con las organizaciones sociales:

- El personal entiende la necesidad de la participación en salud y acepta las demandas de las organizaciones sociales, pero por el aporte que dan a las acciones masivas y en la comunidad.

- El personal no demandaba la participación de las organizaciones, porque había una exigencia institucional para que participara y se produce cierto rechazo a esta política.

- Existe una buena articulación entre el personal de base y el movimiento de brigadistas y parteras, a los cuales el personal capacita.

- El personal adopta una actitud crítica ante un rol menos fuerte, por menor capacidad de convocatoria y de movilización, por parte de las organizaciones sociales.

- En el medio rural y urbano marginal, la relación era de disposición a resolver los problemas de salud. En el área urbana la comunicación era débil.

III. PERIODO 1991-1992.

Descripción de la Política de Participación social en salud:

El Plan Maestro de Salud de 1991 caracteriza la situación de este período de 1991-1992, por el cambio de gobierno en abril de 1990 y su política de Reconciliación Nacional, las secuelas heredadas de la guerra, la implantación de medidas de Ajustes Estructurales a la economía del país, severas restricciones en el gasto público, pobreza del 70% de la población, elevadas tasas de desempleo, (estimada en un 58% para 1992), y la contradicción existente entre políticas sectoriales (salud) y la política económica.

Estos factores impactan en la situación de salud en diversos órdenes: altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil y persistencia de enfermedades inmunoprevenibles. En el Plan Maestro de Salud se asume la necesidad de la participación social, con la finalidad de alcanzar los objetivos y metas programados ³¹.

En este período, el Ministerio de Salud decide reorganizar el Sistema Nacional de Salud e implementa la estrategia de los Sistemas Locales de Atención Integral de salud (SILAIS). Los principales componentes de los SILAIS redefinen tanto el modelo de atención a la salud, como el modelo de gerencia de los servicios; además incorpora la participación social en salud y define como actores sociales a todas las organizaciones sociales existentes en la comunidad.

1. Caracterización del Contexto Socio-Sanitario:

El nuevo gobierno aplica el Programa de Reconciliación Nacional. Se coloca por encima de las conflictos entre los partidos y diferencia al Estado/Gobierno de los partidos políticos y de las organizaciones sociales.

Pero la estabilidad política es relativa, con tendencia a la inestabilidad, por los conflictos entre los poderes del estado. Al gobierno le falta capacidad para el manejo de los problemas políticos; polarización de los partidos, grupos armados, anarquía en algunas regiones (RAAN, RAAS).

La sociedad está dividida y sin una definición o un proyecto común para todo el país. Los cambios políticos en la estructura del Estado, han sido bruscos, demasiado acelerados. Los acuerdos de la concertación no son cumplidos y repercuten en el proceso productivo y laboral.

Los EE.UU. suspenden el bloqueo, pero persiste la crisis económica, caracterizada por un 70% de la población en situación

de pobreza, y de éstos un 16% en condiciones de miseria.

La política de Ajustes estructurales económica generó un elevado desempleo (52% de la fuerza de trabajo en edad productiva), debido entre otros factores a la compactación del aparato de Estado, reducción de los salarios, congelación de plazas y disminución de los servicios. Esto ha incidido en el control de la hiperinflación, pero también ha disminuido la producción nacional de los productos de exportación con una pérdida importante de estas fuentes de empleo; esto ha hecho que se incremente el mercado informal.

Además se ha generado una disputa por la concentración del poder económico (privatización, despojo de los bienes estatales, cierres de empresas). La crisis económica ha desencadenado una situación de inestabilidad e incertidumbre social, además de un proceso de empobrecimiento de la población y profundización de la división acentuada de clases sociales, con el aumento de la brecha entre ricos y pobres.

El gobierno impulsa el desarrollo de programas de recuperación agrícola para la alimentación, pero eliminó el programa de distribución social. Sin embargo, se ha producido una incapacidad de realización de proyectos de desarrollo municipal por desfinanciamiento, porque hay también una incapacidad de pago de las empresas y comercios de los municipios.

El alto número de población repatriada, reasentada y desmovilizada, con emigración de población rural al área urbana, ha incrementado la demanda de servicios y ha aumentado el número de asentamientos espontáneos.

La corresponsabilidad social planteada por la política económica del Gobierno, traspasa la responsabilidad de la solución de los problemas a la sociedad. Pero el desarrollo de la capacidad a nivel municipal y de las organizaciones sociales es todavía insuficiente para atender los problemas de salud que la institución abandona. A esto hay que agregarle que este enfoque se centra en la responsabilidad individual para la solución de sus propios problemas de salud.

En esta situación de cambio de gobierno, se está dando un proceso de fortalecimiento de la sociedad civil. Emergen nuevos actores sociales. Se amplía y se diversifica el abanico de organizaciones civiles, y abarcan o cubren espacios que abandona o no atiende el Ministerio de Salud. Pero asumen una actitud política polarizada, porque representan intereses divergentes y en ese momento convulso, demasiado opuestos unos de otros.

Las organizaciones sociales vinculadas al FSLN se ubican en una nueva modalidad de relaciones con el Ministerio de Salud, con la finalidad de conservar sus espacios, influencia e intereses; por tanto su participación se da mediante procesos negociados. Delimitan más sus campos de acción en tanto gremios, movimientos, asociaciones. Esto repercute en una fuerte contradicción con las políticas del nuevo gobierno. Y se conforman entidades o

proyectos para atender de forma directa o mixta la salud de sus afiliados o asociados.

Resurge con fuerza la acción social y comunitaria de la iglesia Católica. Se conforma el Movimiento de Juventudes, que es pluripartidista. Las alcaldías ganan autonomía y ejercen su poder a nivel local, con finalidades políticas para ganar la hegemonía de los partidos que representan.

Surgen, además, Organizaciones No Gubernamentales, que representan todas las tendencias de partidos políticos, de sindicatos, gremios y movimientos sociales, como contra- parte de las instituciones estatales.

Los espacios de participación expresan la heterogeneidad y las contradicciones de la sociedad. Estos espacios, como instancias de participación, son fomentados a nivel local, porque es allí donde las organizaciones son más permeables a participar en las propuestas de la institución. En general los espacios se han atomizado con formas de articulación por afinidad e intereses comunes, de tipo político o por una finalidad social, comunitaria.

Esta diversificación tanto de los actores sociales como de los espacios de participación en distintos niveles de actuación en salud, genera la posibilidad de un nuevo modelo de participación, con diversidad de instancias que paulatinamente irán definiendo sus especificidades. Estos espacios ya no los determina el Gobierno ni sus instituciones. Se configuran desde la interacción de las organizaciones en la sociedad civil con las instituciones, porque existen y se expresan como una realidad.

Sin embargo, la práctica gubernamental ha querido colocar en el mismo plano de igualdad a actores sociales de distintos recursos y potencialidades, pero es con el objetivo de crearle un espacio mayor a los actores sociales emergentes. Entre tanto, FETSALUD y el Movimiento Comunal demandan ser reconocidos por su tamaño y dimensión.

El Ministerio de Salud se constituye en un agente estimulador, para que las organizaciones actúen con sus propios recursos. La participación como componente del proyecto SILAIS es contradictoria con la política global del Gobierno, pero es coherente con la política económica, cuyo fin es el de reducir el gasto social y que éste sea asumido por la población. Además existe otra contradicción, todas las estructuras de poder del Ministerio de Salud, están atravesadas por una ideología que rechaza la participación social.

El Ministerio de Salud pierde capacidad de cobertura institucional, debido a la reducción de los aparatos del estado, como consecuencia no sólo de la política de Ajustes sino también por la falta de una propuesta de proyecto de Salud propio. Sin embargo, el Ministerio ha redefinido los espacios y modalidades de participación de los distintos actores sociales.

A lo interno del Ministerio de Salud, la aplicación de la política económica que genera desempleo y compactación de los servicios, dificulta la integración de los sindicatos al proceso de participación en salud, ya que además existen demandas reivindicativas no satisfechas.

El proceso organizativo de los SILAIS resultó confuso en un inicio, porque sólo se descentraliza la responsabilidad y no se desconcentran los recursos. La participación se ha transformado en una táctica para reponer o suplantar los recursos que el Estado, por su política económica, no quiere o no puede darle a la población. La Campaña contra el Cólera generó la oportunidad de constituir Comisiones que se transformaron en Comités Departamentales o de SILAIS y Municipales de Salud.

Pero al modificarse el gasto total de salud, con el aumento del gasto privado de hasta un 50% en relación al gasto total, se ha producido un rápido desencanto en la población, en relación a las instituciones, por pérdida de esperanza y de confianza.

2. Proceso de Formulación de las Políticas de Participación social en Salud.

1. Actores sociales relevantes:

- Nuevos actores sociales como las ONGs, los Clubes de servicio (Rotary, Leones), Cruz Roja y Cuerpo de Bomberos, ganan espacio en salud.
- Las organizaciones sociales vinculadas al FSLN ocupan un espacio relevante, pero en menor medida, aunque siguen siendo fuertes en relación a otras organizaciones, en especial el Movimiento Comunal porque integra al movimiento de brigadistas.
- Las alcaldías trabajan con organizaciones creadas y vinculadas a algunos partidos en el gobierno. (JCOPS).
- FETSALUD, la Sociedad Médica y otras organizaciones sindicales de trabajadores de salud.
- El Ministerio de Salud y otras instituciones del estado (MED, INAA, INSSBI, Gobernación).
- Las iglesias Católica y Evangélica (CSM, CEPAD).

2. Espacios de participación en el proceso de formulación de la política de participación social en salud:

- Existe un espacio insitucional, formal, limitado, reducido.
- Se crean diversos espacios que aparecen poco estructurados o poco definidos, pero en la sociedad civil.
- Es el Ministerio de Salud quien propone la creación de los Consejos Departamentales o Locales de Salud.
- Las características de estos espacios han sido limitados hasta ahora a una visión burocrática de lucha antiepidémica. Pero en las Comisiones Intersectoriales han sido abiertos, de comunicación entre los diferentes sectores y organizaciones.

3. Elementos para la formulación de la política de participación social en Salud:

- Dar una respuesta al postulado democrático del gobierno y darle continuidad a la política de participación en salud, por la necesidad institucional de suplir la brecha financiera que el estado no puede asumir.
- Fortalecimiento de la sociedad civil nicaraguense.
- Los factores de riesgo se trasladan de la guerra al desempleo, la pobreza, los discapacitados.
- El Ministerio de Salud se convierte en un ente administrador y no promotor.
- Proceso de implementación del proyecto de Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, del cual la participación social es uno de sus componentes esenciales.
- Emergencias credas por brotes epidémicos, maremotos, y erupción volcánica.
- Inicio y desarrollo de proyectos alternativos de participación en salud de las organizaciones sociales y ONGs.
- Existe una cultura adquirida de participación en salud, un conocimiento, una capacidad organizativa en la sociedad. Pero también una madurez social y no es fácil instrumentalizarla.
- Existen organizaciones sociales que demandan un espacio para participar, debido a su vinculación directa con la

población.

- Existe una capacidad de servicio del personal de salud.
- Se plantea una distensión y despolarización en el sector salud, para tratar de ganar en liderazgo que garantice la conducción del Sistema.

4. Relación de la política con los valores de la sociedad:

- Persiste el valor de integralidad en las acciones de salud en un sector del Ministerio de Salud.
- Resurge el concepto de atención médica como un valor mercantil, con lógica de mercado.
- Se mantiene el derecho a la Salud y la participación como valor social porque recibe apoyo externo de organismos internacionales.
- Responsabilidad social compartida entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.
- Expresa la democratización de la sociedad y la descentralización en la toma de decisiones.

5. Propósitos institucionales en relación con la participación en Salud:

- Tener el menor costo político posible ante la incapacidad del Sistema Nacional de Salud, evitando que se deteriore más la situación de salud.
- Mantener cierta alianza social concertada con las organizaciones sociales vinculadas al gobierno y con las de oposición, para que la comunidad de su aporte al esfuerzo hecho por el Gobierno. O sea disminuir la brecha financiera que impone la política económica.
- Contribuir al desarrollo de procesos autónomos de participación en salud en cada departamento y municipio, pero en especial en el nivel comunitario de atención.
- Aumentar cobertura, elevar los índices de inmunización, desarrollar la educación en salud, desarrollar redes sociales en salud.
- Cambiar el rol de administrador de recursos institucionales, por un papel de liderazgo, capaz de convocar y movilizar a la sociedad.

- Legitimar el poder institucional mediante el apoyo de la población que participa en diferentes acciones y con distintas organizaciones sociales.

6. Cambios esperados a largo plazo en relación con la política de participación en salud:

a) En el perfil epidemiológico:

- Mantener el control sobre las enfermedades prevenibles por vacuna.

b) Fortalecer el nivel comunitario de atención:

- Manteniendo el movimiento de voluntarios en salud (brigadistas, parteras, delegados de la palabra, líderes "naturales", ex-miembros de la Resistencia).

7. Componentes o ejes que orientan la política:

- Mantener la movilización social en las Campañas de emergencias sanitarias y de vacunación masiva.
- Desarrollo de los SILAIS como proceso de estructuración de Salud a nivel local.
- Integrar a todos los sectores sociales en los Consejos de Salud e incorporar el aporte de proyectos de salud de las organizaciones sociales, ONGs y proyectos alternativos.
- Desarrollar la intersectorialidad de las acciones de salud.
- Fortalecer el nivel comunitario de atención.

8. Prioridades en la formulación de planes y programas:

a) Objetivos y metas:

- La principal prioridad es la de organizar los SILAIS, para mejorar la capacidad institucional a nivel local, para enfrentar problemas de salud como endemias o emergencias sanitarias.
- Mantener las inmunizaciones contra enfermedades

prevenibles por vacuna.

- Atender discapacitados de guerra.

- Apoyar la formación de agentes comunitarios, en conjunto con las ONGs y las organizaciones sociales.

b) Desarrollo del nivel comunitario de atención:

- Se fomenta porque es el un nivel de atención de menor costo, realizado por agentes de la propia comunidad. Las organizaciones sociales desarrollan procesos de autoayuda y ayuda mutua, para que la población resuelva sus problemas de salud. Esto favorece el desarrollo de la sociedad civil.

c) Tipo de planes y programas:

- Siguen siendo orientado a la movilización social para atender emergencias sanitarias. No existe un plan o un proyecto específico para el desarrollo de la participación en salud en los SILAIS.

- Las experiencias importantes que se están desarrollando a nivel comunitario, las realizan las organizaciones sociales y las ONGs, en muchos casos sin que exista coordinación con el Ministerio.

9. Estrategias de participación social:

- Desarrollar campañas nacionales, masivas, de salud.

- Desarrollar acciones institucionales ante situaciones de emergencia, involucrando a las organizaciones sociales.

- Mejorar la capacidad operativa a nivel local, para incorporar la participación comunitaria en la gestión en salud, especialmente en el nivel comunitario de atención.

10. Directrices a la Organización para la aplicación de la política:

- Implantación del Plan de Salud, del proyecto SILAIS y lineamientos institucionales.

- Proceso de capacitación sobre los componentes de la estrategia organizativa y selección de recursos humanos

para la conducción de los SILAIS.

- Implantación de programas para las campañas masivas y de emergencias.
- Crear comisiones o comités locales de salud.
- Descentralización de la toma de decisiones a partir del análisis de situación de salud a nivel local.

11. Marco de implantación de la estrategia de participación en salud:

- Aplicación de medidas de ajustes Estructurales Económicas.
- Existen fuertes contradicciones por la inestabilidad social. Pero se desarrolla un proceso de nacional de Concertación y negociación de los conflictos.
- Repunte de modelos alternativos en salud. Las ONGs aparecen con sus propios proyectos.
- Existencia de organizaciones sociales diversas y con diferentes posiciones políticas.
- Existencia de un movimiento de brigadistas, con muchos años de participación.
- Situación de emergencias sanitarias a las que se ha volcado la acción institucional: Cólera, erupción volcánica, maremoto.
- Pérdida de influencia e imagen del Ministerio de Salud como consecuencia de la ineficencia institucional.

12. Monitorización de la política:

- No están definidos los mecanismos de evaluación del proceso de participación social en los SILAIS. Se evalúa dentro del análisis de avance organizativo de la estrategia SILAIS, pero de manera marginal.
- No hay monitoreo de los indicadores de salud, pero las organizaciones sociales dan un aporte crítico, de tipo cualitativo.
- Las organizaciones sociales también tiene problemas para monitorear el proceso de participación y los resultados.

- Se evalúan los compromisos intersectoriales en reuniones de los Consejos de lucha contra el Cólera.

3. Proceso de Implementación de la política de participación social en salud:

1. Actores sociales relevantes.

Características de los actores sociales participantes en el proceso:

- Organizaciones sociales y ONGs, que han definido un rol de gestores de sus propios proyectos de participación comunitaria.
- El Ministerio de Salud que fomenta la participación social a nivel local, con grupos sociales existentes en los municipios, en donde juega un papel importante las alcaldías.
- Las iglesias, Evangélicas y Católica.
- Medios de comunicación social, como creadores de opinión pública.
- FETSALUD tuvo un auge importante por su participación de sus miembros, pero ha sufrido un deterioro organizativo, aunque sigue siendo el sindicato de trabajadores de la salud más fuerte. pero hay que tener en cuenta que surgido otros como Federación Independiente de Trabajadores de la Salud (FITS), Federación Nicaraguense de Trabajadores de la Salud (FENITRANS).

2. Política de participación en salud.

a) Características de la política:

- Hay un avance por la capacidad de convocatoria y las ONGs y las organizaciones sociales participan en instancias deliberativas, se plantean problemas y tareas a ejecutar por cada organización.
- En el discurso expresa el derecho a la salud, se plantea como democrática, amplia, abierta, pero no participan todos los sectores sociales. En realidad, la participación es raquítica, aún en acciones tradicionales como las vacunaciones.

- La participación se ha limitado a participar en procesos de solución de problemas de sanitarios de emergencia.
- Impulsa acciones en las que la comunidad es un agente activo y responsable de su situación de salud.
- No presenta una ideología específica. Su finalidad es la salud de la población. Parte de la necesidad de la población en situación de pobreza. Tiene una expresión múltiple, variada, y pueden participar todas las organizaciones y la población.

b) Tipo de orientaciones a la Organización:

- Lineamientos institucionales y orientacionales de las autoridades de Salud en relación a la participación como componente de los SILAIS, y también para responder a las emergencias sanitarias.
- Por mecanismos de apoyo y coordinación interinstitucional y de las organizaciones sociales. O a través de Comisiones de Salud, integrada por todos las organizaciones.

c) Influencia de la política en la participación en salud:

- Ha abierto espacios para que las organizaciones sociales asuman mayor responsabilidad.
- Por la acumulación histórico-social, pero la política motiva a las organizaciones sociales y dirigentes comunitarios a involucrarse en estos procesos de acciones de emergencia sanitaria.
- Obliga a establecer relaciones y negociaciones, con los otros actores sociales y a integrar los Consejos de Salud. Y plantea el no rechazo por diferencias ideológicas.
- Expresa la voluntad política institucional, pero en la práctica es limitado porque no está en el espíritu ni en los postulados del gobierno.
- En gran medida facilita la realización de planes para la solución de problemas de salud con participación comunitaria, las alcaldías, otras instituciones y organizaciones sociales.

3. Modalidades de participación en salud.

a) Intrasectorial:

- A nivel central del MINSA existe una Comisión intrasectorial, integrada por las organizaciones gremiales, sindicales y el Ministerio, pero a nivel local no funcionan.
- Hay poco desarrollo de los sindicatos y asociaciones gremiales entre los trabajadores de la salud, no existen instancias de cogestión. Y en algunas unidades no hay sindicatos.
- Se demandan reivindicaciones laborales, pero también demandas para el funcionamiento de los servicios a la población. Los trabajadores han participado en las acciones masivas y de emergencia.
- La relación entre la institución y los sindicatos es más bien bilateral.

b) Intersectorial:

- El Ministerio ha tratado de unir y coordinar con las ONGs y las organizaciones sociales, en función de que no se contrapongan proyectos de salud a nivel municipal. Y ha creado la Comisión intersectorial y los Comités de salud municipales.
- Existe poca coordinación intersectorial y poco apoyo de las instituciones del estado.
- la gestión se realiza entre las unidades de salud, las instituciones y las organizaciones a nivel municipal.

c) En la Sociedad:

- Se ha promovido la formación de comités de salud comunales, rurales, formados por brigadistas, parteras, líderes, colaboradores y maestros.
- El Movimiento Comunal cuenta con sus propios Comités de barrio.
- Hay coordinación entre los SILAIS con el Movimiento Comunal y las JCOPS y con organizaciones religiosas, para el trabajo de Campañas.

4. Características de la participación en salud.

a) En acciones definidas por el Ministerio de Salud:

- En las Comisiones de salud se discuten las acciones de la Campaña contra el Cólera, vacunaciones masivas y emergencias sanitarias; pero no se han propuesto otras prioridades en salud.

b) Decisión conjunta con organizaciones sociales.

- En el Consejo municipal de salud se discuten algunos proyectos o acciones, propuestos por ONGs, como letrinización, construcción de pozos, saneamiento de cauces, agua potable, capacitación de brigadistas y parteras, reparación de puestos de salud.

c) A propuestas de las organizaciones sociales:

- Algunas organizaciones sociales y ONGs, desarrollan proyectos de manera autónoma. Pero coordinan acciones dirigidas a la atención al ambiente, programas de vacunación, para ampliar cobertura de servicios y abastecimiento de medicamentos y equipos médicos para puestos de salud rurales.

- Algunas propuestas de organizaciones sociales no son apoyadas por el MINSA, como la de los talleres sobre política presupuestaria.

- Las alcaldías ejerce una influencia importante, con decisiones sobre reasentamiento de grupos de población, conservación de fuentes de agua, reforestación y otros.

d) Proyectos alternativos y/o autónomos:

- Se han incrementado los proyectos de salud de ONGs y organizaciones sociales, como las Casas de salud de la Mujer, clínicas, farmacias, servicios odontológicos, programa de educación sexual, investigación en medicina tradicional, y otros.

- En algunos proyectos existe coordinación y apoyo de los SILAIS, el Ministerio recibe los datos de producción de servicio.

Valores sociales relacionados con la participación.

5. Influencia de valores en relación a salud.

a) Valores en relación a salud:

- Persiste el derecho a la salud y a participar en los sectores populares, pero también ha ganado espacio la salud como mercantil.
- La responsabilidad social compartida, pero estos valores están en disputa con el mercado, debido al comercio interno, corrupción, en los servicios hospitalarios.
- Se mantiene el asistencialismo y la demanda de atención.

b) Cómo ha potenciado el proceso de participación?

- Son elementos positivos que apoyan el proceso por parte de las organizaciones sociales que impulsan estos valores.
- La población se incorpora por su propia motivación a procesos comunitarios, ante las emergencias, pero no es un fenómeno generalizado.
- hay un interés social por la salud de la población, al existir una demanda fuerte por parte de la comunidad.

c) Cómo han limitado el desarrollo del proceso?

- Por el descuido de la promoción de la salud a nivel institucional.
- Por el exceso de demanda curativa y porque la población que la solución de algunos problemas es responsabilidad del Ministerio de salud y de las alcaldías.
- Existen algunos sectores sociales con actitudes dependientes, pero responsabilizar al individuo de la solución de sus propios problemas de salud, desorienta el sentido y el esfuerzo de la participación comunitaria.

6. Comportamiento en relación con la participación.

a) Tipo de comportamiento de los grupos sociales:

- Existe interés de participar por parte de los grupos sociales afectados por las secuelas de la guerra, tienen una motivación para superar los problemas sociales y sanitarios.
- Los grupos de mujeres y de jóvenes son los más activos, demandan y participan en brigadas voluntarias de barrios y comarcas.
- Existe la búsqueda de alternativas propias, de convenios o acuerdos, pero hay poca confianza en el Sistema.

b) Tipo de comportamiento de las organizaciones sociales:

- Las organizaciones sociales tratan de superar la dependencia y se han convertido en promotores y facilitadores de actividades de salud a nivel local.
- Hay participación crítica en salud, las organizaciones se constituyen en contraparte activa del Ministerio de salud.
- Algunas organizaciones fomentan servicios de tipo caritativo y de beneficencia.
- Al inicio se dio un enfrentamiento, pero ahora se trabaja de forma conjunta por territorios hegemonizados por diferentes organizaciones, y cada una cubre sus propios espacios en los barrios y municipios.

c) De la institución:

- Existe en los SILAIS un comportamiento de apoyo a los proyectos de ONGs y de las organizaciones sociales, pero también hay una actitud cómoda ante la planificación y evaluación de servicios prestados por las organizaciones, de espera de los datos.
- Asume un rol de liderazgo, su papel rector y trata de reducir la burocracia. pero como hay un comportamiento bastante politizado en el manejo del poder, esto limita la integración de las distintas organizaciones y sectores poblacionales.
- Está orientado más hacia el desarrollo de procesos organizativos institucionales y a la ejecución de sus

líneas de acción. Y todavía los SILAIS mantienen un comportamiento de dependencia de las decisiones centrales.

- Es muy pobre la coordinación con otras instituciones estatales, porque cada institución responde a sus propios intereses.

Valores culturales y proceso de participación en salud.

7. Creencias en salud e influencias en la participación:

a) Cuáles eran las creencias relacionadas con salud?

- En ciertas zonas rurales prevalece una concepción mágico-empírico, que se mezcla con el conocimiento científico que la población va adquiriendo.

- En las zonas urbanas, aunque persisten elementos de la concepción mágico-empírica, ya existe un conocimiento derivado del pensamiento científico de la medicina oficial.

b) Cómo han potenciado el proceso de participación?

- El comportamiento de la población es pragmático, recurre al servicio tradicional y al público-institucional, en dependencia de si les resuelven o no sus problemas.

- Permitted una interacción por el vínculo con los agentes tradicionales de la comunidad, y un intercambio de conocimientos en relación a medicina tradicional. Esto ha facilitado la integración de brigadistas y parteras al proceso de educación y capacitación en salud.

c) Cómo ha limitado el desarrollo del proceso?

- La falta de capacitación sistemática y de seguimiento agrava la atención a los pacientes de comunidades lejanas, donde no hay servicios de salud.

- Por la forma en que la institución ha trabajado con la población, al implementar los programas sin incorporar la cultura o sin tener en cuenta las creencias de la población.

- Se mantiene la tendencia del exceso de demanda de atención curativa y de la población a acudir a los agentes tradicionales.

Factores condicionantes del proceso de participación.

8. Factores ideológicos relacionados con salud.

a) Concepción de salud enfermedad predominante:

- Existen diferencias según estratos sociales, y está matizada por una explicación cultural. La enfermedad es concebida como de origen sobrenatural y supersticioso (como un "mal"), pero la gente atiende al pensamiento científico.

- Existe una concepción científica en ciertos sectores urbanos, con cierto nivel educativo y social. Es concebida como de origen natural, causado por factores biológicos, sociales y del ambiente, pero esta concepción es mixta, que se combina con elementos empíricos-religiosos.

b) Concepción popular en relación a los servicios de salud:

- Responde a la idea de responsabilidad institucional y del personal de salud y la población demanda la atención curativa, prefiriendo todavía la atención en el hospital. Es una concepción medicalizada.

9. Factores organizacionales y participación en salud:

a) Cuáles factores organizativos potenciaron el desarrollo del proceso?

- Incluir la participación social como componente de los SILAIS y crear las Comisiones intersectoriales y los Consejos, además de la implantación de los servicios municipales de salud; lo que involucra a las alcaldías y las organizaciones sociales.

- La convocatoria del MINSA a las diferentes organizaciones para retomar el proceso de participación en salud, además de los lineamientos institucionales a los equipos de dirección de SILAIS.

- Mantener el movimiento de brigadistas y de parteras e integrarlos al proceso de participación en salud, en conjunto con las organizaciones sociales.

b) Cuáles factores han limitado el desarrollo del proceso?

- la falta de desarrollo e implementación de la participación en salud como componente de los SILAIS. Y la no existencia de mecanismos de evaluación y ajustes de este proceso.
- Desconocimiento de la política y del programa implementado, la metodología de trabajo con la población, procesos de comunicación y de procesos que incentiven la participación mediante retroalimentación a las organizaciones.

10. Gestión de la participación en salud.

a) Características del modelo de gestión en salud:

- promueve los procesos deliberativos, de negociación y creación de instancias colectivas para sesoría en la toma de decisiones.
- En lo conceptual, persigue la eficiencia, la eficacia y la equidad, pero en la realidad, el SILAIS no ha podido descentralizar responsabilidades, por el exceso de empirismo con que se trabaja; la eficiencia es muy limitada.
- Comparte responsabilidades entre la institución, las organizaciones y la comunidad.

b) Características de la gestión de la participación:

- Promueve la discusión de propuestas técnicas para un análisis en las comisiones o Consejos, y para obtener el aporte de recursos de las organizaciones y trabajar en conjunto en la ejecución de acciones de salud.
- Incorpora a todas las organizaciones sociales y ONGs, en los planes para enfrentar problemas de emergencia (Cólera), contando con la colaboración de la comunidad.
- Persigue conseguir los objetivos y metas de salud a un menor costo.
- Se limita a solicitar de las organizaciones que suministren apoyo, recursos e informes de los resultados de las acciones realizadas en las comunidades.

11. Participación en los servicios de salud.

a) Participación en los servicios de salud entre la administración y los trabajadores:

- Se plantean demandas laborales, no hay participación de los trabajadores, porque los sindicatos y gremios tienen poco desarrollo a nivel municipal.
- Existe el reconocimiento de las asociaciones y de los sindicatos, pero éstos no ejercen una actitud crítica sistemática, sólo la realizan bajo presión de las reivindicaciones.
- No hay apertura para instancias de coordinación interna en los SILAIS, pero en las unidades los sindicatos son beligerantes y hay negociación bilateral de los problemas.

b) Involucramiento de las organizaciones sociales a lo interno de los servicios de salud:

- No existe relación acerca del funcionamiento interno de los servicios. Pero presentan quejas directas y críticas de la mala calidad de la atención, a través de los medios de comunicación. La respuesta institucional es limitada a mejorar el funcionamiento, pero por falta de recursos.
- Las organizaciones y las ONGs hacen cuestionamientos cuando el MINSA incumple acuerdos o convenios en relación a proyectos de salud. Sin embargo, a veces se realizan evaluaciones con apoyo de cooperación de ONGs.
- Existe una actitud positiva del personal ante los reclamos.

12. Participación del personal de salud en acciones comunitarias.

a) Características de la relación con grupos sociales:

- Existe aceptación de las comunidades rurales y barrios al personal, pero también hay exigencias de la población. También hay comunidades que rechazan al personal y viceversa, por la pérdida de confianza por maltrato; pero estos problemas están disminuyendo.
- Hay deterioro de las condiciones sociales de vida de los

trabajadores, y también existe desmotivación del personal para el trabajo de terreno, por problemas económicos, de viáticos y falta de incentivos.

- Falta capacitación al personal que trabaja directamente con la población y la relación es de supervisión e imposición de normas higiénico-sanitarias, pero falta orientación y educación en salud.

- Las demandas de grupos sociales como mujeres, madres, jóvenes y maestros, son atendidas por el personal y brindan apoyo directo en acciones comunitarias y directas con las familias.

- Existe una relación educativa, de orientación e información sobre problemas de salud, porque hay interés por mejorar la situación de salud a nivel local.

b) Características de la relación con las organizaciones sociales:

- Se establece una coordinación directa con los líderes comunales del Movimiento Comunal, cuando existen en los barrios y hay apoyo mutuo, pero los líderes locales dependen en exceso de niveles de mando de la organización.

- La relación con las organizaciones es amplia, de apoyo en el trabajo, de ejecución de tareas, pero está limitada a una participación por demanda de los servicios de salud; sin que haya motivación para el desarrollo de procesos continuos. No hay un compromiso social sostenido.

- La coordinación con ONGs y organizaciones sociales se hace para obtener recursos, intercambio de información, pero también para el apoyo mutuo.

13. Tendencias del proceso de participación social en salud en los SILAIS.

a) Características del proceso de implantación SILAIS:

- La implantación de los SILAIS, la supresión de la estructura de Regiones de Salud, fue demasiado acelerada, que generó una cierta anarquía; aunque las direcciones regionales bloqueaban el proceso de descentralización y autonomía de los SILAIS y crearon un período recesivo.

- El proyecto SILAIS es una departamentalización que no ha sido asumido por todas las instituciones del estado, mientras la demanda de atención ha aumentado y se deteriora

más la situación de salud, lo mismo que la infraestructura y el equipamiento.

- Es una estrategia adecuada porque genera una disminución de la burocracia, mejora la utilización de los recursos, continúa la aplicación de los sistemas territoriales, ha aumentado la capacidad de toma de decisión en los servicios municipales de salud. Pero también hay fuga de recursos humanos calificados, con repercusiones negativas por la escasez de los mismos.

- El Ministerio de Salud ha ganado en capacidad de convocatoria, tanto institucional como con las organizaciones sociales, pero faltan recursos para el funcionamiento de los SILAIS y sus unidades. Pero hay poco desarrollo de la implementación de la política de participación en salud.

- Hay dificultades para la integración de los programas, por ejemplo, Materno Infantil. El funcionamiento del MINSA es por programa y en los SILAIS se propone que sea atendiendo a problemas. Además de que subsiste la mentalidad regionalizada en el funcionamiento del MINSA.

- A nivel local lo que se ha hecho sólo es un cambio de las estructuras de conducción. Se inicia el proceso organizativo, pero todavía no se aprecia el impacto, porque hay falta de capacidad de gestión de los recursos humanos al frente de los SILAIS.

- Fetsalud no tuvo una posición clara frente a la estrategia SILAIS, pero el MINSA no tomó en cuenta la situación de extrema pobreza de la población y las secuelas de la guerra. El mayor peso de la atención en salud recae en la población. Todos los servicios se cobran mientras faltan los mínimos recursos para su funcionamiento adecuado. Se está abandonando en la práctica el Derecho a la atención. Además hay falta de conocimiento de la estrategia SILAIS y de su implantación por parte del personal de salud, mientras el funcionamiento sigue siendo la rutina.

b) Avances en la implantación de los SILAIS:

- No existe una valoración real sobre el proceso de implementación, porque se desconoce si solo ha sido el desmontaje de la estructura regional, para pasar a la departamentalización. Pero se ha producido una disminución o caída de los principales indicadores de salud.

- Se ha limitado al proceso organizativo de los niveles de conducción y a la atención de problemas sanitarios de emergencia.

- El desarrollo coordinado intersectorial ha dependido del liderazgo de algunos directores y su equipo, que tienen disposición al cambio organizativo, pero la mayoría del personal administrativo no tiene experiencia laboral.

- La aplicación de la metodología de análisis y planificación situacional, ha ayudado a dirigir las acciones hacia los problemas, a una mayor supervisión sobre cada unidad, en una situación de mercado, competitivo, pero con baja asignación y ejecución presupuestaria de la institución.

- Ha permitido una mejor distribución de los recursos humanos, más atención a la población por la reapertura de unidades de salud en zonas rurales, ha aumentado la comunicación entre el nivel de conducción y las unidades, y hay una mayor integración social en salud con mejora de la calidad de atención hospitalaria, a pesar de que el abastecimiento técnico material es menor.

- En la convocatoria a todos los grupos sociales para el trabajo conjunto ante las situaciones de emergencia presentadas, para la priorización de problemas y la conformación de comisiones de salud.

c) Tendencias actuales en la Participación en Salud:

- El Ministerio de Salud puede desarrollar la participación social coordinándose con las ONGs y las organizaciones sociales que cuentan con proyectos de salud o trabajan en promoción y atención sanitaria en las comunidades.

- En dependencia del desarrollo organizativo institucional, las perspectivas pueden ser buenas, porque están creadas las condiciones para que se diseñe un proyecto de desarrollo social en salud, cuyo eje sea el nivel comunitario y se mantenga las acciones masivas como vacunaciones e higiene ambiental, que incluya ámbitos como la escuela y los centros de trabajo.

- La participación en salud puede ir en ascenso, si se le da un espacio más deliberativo a las organizaciones sociales y a las ONGs: Las condiciones sociales son favorables, sólo se limitaría este proceso por una excesiva polarización política.

- Depende del liderazgo institucional, si se fortaleciera, se desarrollaría un proceso que abarcaría todos los niveles, diferenciando las competencias en cada uno de ellos.

- La participación por situaciones de emergencias sanitarias ha generado una motivación, pero tiende a

disminuir rápido debido al tipo de relación del MINSA con la comunidad; porque no se acepta el desarrollo organizativo de las diversas expresiones en cada comunidad.

- La democratización interna de los servicios, para que haya participación es compleja, pero si se crean espacios más amplios, la participación de los trabajadores de salud será ascendente. Pero la incorporación de las organizaciones sociales todavía es más compleja, porque en la medida en que las condiciones higiénico-sanitarias mejoren, será más difícil orientar la participación hacia otros contenidos.

- La coordinación en el sector salud obedece a la necesidad de atender la demanda, pero hacen falta elementos de articulación que sean motivadores para todas las asociaciones y organizaciones del sector.

- El aumento de la participación en salud va a depender del incentivo que se les reconozca a cada organización, del proceso de negociación. Pero podría disminuir si no se diseñan estrategias adecuadas y si no se les da respuesta a las demandas de la población.

- Es positiva, porque se está fortaleciendo el movimiento de brigadistas y parteras, en un trabajo conjunto con las organizaciones y el MINSA. Pero es necesaria la estabilidad social, política y económica; la reinserción de los repatriados, desplazados y desmovilizados.

- Es necesario desarrollar un trabajo sistemático de educación y promoción de salud, considerando a la población como sujeto activo afectada por los problemas, pero también como beneficiaria de salud, dando la garantía de cumplir con los compromisos que se asuman, para que se desarrolle la participación.

- Se requiere darle apoyo al desarrollo de los Consejos de Salud, departamentales y municipales, apoyar el trabajo de los líderes comunales, al movimiento de brigadistas y parteras, y desarrollar una coordinación seria con las ONGs y las organizaciones sociales.

VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

1. PERIODO 1982/1985.

a) El contexto sociosanitario condicionó la elección de la política de participación social en salud, al priorizar la intervención del Ministerio de Salud y las organizaciones sociales, sobre algunas de las principales causas de enfermedad y muerte, como eran las enfermedades prevenibles por vacuna (polio, difteria, pertusis, tétanos y sarampión) además de otras transmisibles (malaria, dengue, rabia canina). A esto conviene agregar la factibilidad del abordaje de estos problemas de salud, dadas las condiciones sociopolíticas y económicas del país.

b) La política de participación social en salud, tal como aparece planteada en el Plan de Salud de 1982, parece insuficientemente formulada. Sin embargo, como línea de acción general, cumple con los requisitos o características que debe reunir una política, en cuanto a que expresa las necesidades sociales y los valores de la comunidad, según el modelo propuesto por Sonis.

c) En el proceso de formulación o toma de decisión de la política de participación social en salud, los actores sociales relevantes fueron el Ministerio de Salud y las organizaciones sociales vinculadas al partido en el poder. La decisión de esta política fue el producto de la voluntad y la interacción entre el Ministerio y las organizaciones mencionadas, necesitadas de un quehacer comunitario en salud. Mientras que la estructura del gobierno central asumió un rol más tecnocrático y expectante.

d) El proceso de implementación de esta política se realizó mediante la implantación de la estrategia y programa denominado "Jornadas Populares de Salud", en los tres niveles administrativos del Sistema Nacional de Salud. Los resultados de la ejecución de esta estrategia contribuyó a disminuir la incidencia de la polio, sarampión, difteria, pertusis y tétanos en la población menor de 6 años. También disminuyó la prevalencia e incidencia de la malaria, dengue y la rabia canina.

e) En el proceso de implementación de las políticas de participación social en salud, es probable que se produjera una pérdida de recursos que las distintas organizaciones participantes pusieron en juego. La rutina y la repetición mecánica de las acciones en la ejecución del programa provocó la deserción de cantidad de brigadistas de salud. Este hecho disminuyó la autoridad y capacidad organizativa de las organizaciones involucradas.

La pérdida de estos recursos por parte de las organizaciones sociales, modificó los intereses en el "entramado" social generado por la política, en función de los propios perfiles de cada organización y de la misión de las mismas; es decir, que variaron según fuera su función: de servicio, de trabajo en el

territorio, con grupos sociales específicos (mujeres, jóvenes, trabajadores, maestros), o por la relación de sus afiliados y /o asociados.

f) El proceso de implementación de la política estuvo orientado a desarrollar formas de actuación autónoma a nivel departamental, y luego en las regiones de Salud. Se utilizó el control delegado en el nivel local, pero éste tipo de control paulatinamente fue derivando a una forma de actuación más centralizada y con control jerárquico, en la medida en que se fortaleció la capacidad institucional del Ministerio de Salud. Esta situación generó la hipertrofia de los Consejos populares de Salud regionales y locales, y la pérdida de entusiasmo y fervor inicial, dado que se llegó a normar el funcionamiento y el rol de los miembros de los consejos, en todos los niveles del sistema.

g) La falta de un análisis del proceso de implementación de la política, dificultó un adecuado redimensionamiento de la misma, y generó un funcionamiento continuo de las estructuras creadas y una repetición sistemática de actividades, con el consecuente fracaso al burocratizarse excesivamente el proyecto.

h) El modelo de Participación en Salud, que no establecía diferencias de intereses, de objetivos, de metas, de lógicas y racionalidades distintas; entre el Estado/gobierno/instituciones y las organizaciones civiles vinculadas al partido en el poder, entra en crisis al mantenerse sin modificaciones, en medio de los efectos de la guerra, la crisis económica y el nuevo rol centralizado y vertical de las instituciones.

La incorporación temprana de estas organizaciones sociales en una relación de interacción con las instituciones del gobierno (MINSA), en un contexto de rápida consolidación del aparato de gobierno, devino en el fortalecimiento de las instituciones y la pérdida de capacidad operativa de las organizaciones en la comunidad, debido a la excesiva tendencia a convertir a las organizaciones sociales en ejecutores de acciones institucionales de salud. Esto degeneró en una mayor dependencia de las organizaciones de las líneas del gobierno y del partido en el poder, desnaturalizando parte de la misión de las mismas, y limitando el campo de acción de las organizaciones como elementos consustanciales a la sociedad civil.

i) La participación individual que era producto del fervor popular generado por la Revolución, para algunos fue también la consecuencia de mecanismos de coacción política. De una participación amplia, masiva, de efervescencia popular, se pasa a una participación cada vez más limitada a aquellos grupos e individuos comprometidos políticamente con la Revolución.

j) Los resultados obtenidos acerca de este período muestra una coincidencia casi total con las ponencias presentadas por las Organizaciones de masas, en el I Congreso de las J.P.S. en marzo de 1984, ³⁵, ³⁶, ³⁷, ³⁸, ³⁹, ⁴⁰. En éstas se critica la tendencia a la

institucionalización del proceso participativo, pero señalan avances importantes en la participación social en salud. El Consejo Nacional Popular de Salud dice, "Las J.P.S han contribuido en cierta medida a la consolidación y crecimiento de las organizaciones de masas, por ser la salud un área de trabajo que nuclea a participantes que quizás no lo harían en otras áreas".

Por su parte, AMNLAE plantea algunas "dificultades que obstaculizan el crecimiento y consolidación" de los equipos de salud de esta asociación. "Aún cuando desde el punto de vista organizativo hemos logrado conceptualizar para estos equipos, una estructura propia, y esta ha sido discutida con el nivel central del MINSA, nos encontramos que a nivel regional aún prevalece el criterio de utilizarlos como simples ejecutores de proyectos".

También conviene agregar lo expuesto por Fetsalud, "nuestra participación fue limitada, ya que la falta de formación de estructuras adecuadas para la gestión popular, a todos los niveles aún no estaban bien definidos, sumándose a esto los bajos niveles políticos de las trabajadoras en torno al proyecto".



2. PERIODO 1986/1990.

a) El contexto sociosanitario del país influyó de manera determinante en la elección de la política de participación social en salud, al decidir el Ministerio de Salud enfrentar las principales causas de la morbi-mortalidad infantil (neonatal y perinatal, sepsis y septicemia, y desnutrición). La factibilidad del abordaje de estos problemas de salud, estaba condicionado principalmente con intervenciones intrahospitalarias, además del mantenimiento de las acciones de inmunización logradas con la política anterior. La situación sociopolítica y económica del país facilitaban la aplicación de esta política.

b) La política de participación social en salud, tal como aparece formulada en el Plan de Salud de 1988, no sólo es una línea de acción general, sino que aparece planteada de manera exhaustiva, tanto en el Plan del Ministerio, como en el programa específico de la Campaña de la " Vida del Niño".

c) En el proceso de formulación o de toma de decisión de esta política, los actores predominantes fueron el Ministerio de Salud y la presidencia de la República, aunque también fue el resultado de un proceso de negociación bilateral con algunas organizaciones sociales, como el Movimiento Comunal, la Asociación de Mujeres AMNLAE y Fetsalud. Esto indica que el proceso de toma de decisión de la política fue participativo, pero poco consensuado con otros actores relevantes.

d) El proceso de implementación de esta política se realizó mediante la implantación de la estrategia y programa denominado Campaña "En Defensa de la Vida del Niño", en los tres niveles administrativos del Sistema Nacional de Salud. Los resultados de la ejecución de esta estrategia contribuyó a disminuir la mortalidad infantil, por las causas arriba señaladas, de 88 a 64,6 por mil nacidos vivos. Además de mantener la baja incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles en menores de 6 años.

e) En cuanto al proceso de participación social en salud este período se puede clasificar dos subperíodos. Un primer subperíodo fue de estancamiento de la participación al no haber sido redimensionada la política hasta 1988. El segundo subperíodo estuvo caracterizado por la modalidad de participación en salud dentro de la Campaña de la "Vida del Niño".

El proceso generado por la política de participación dentro de la Campaña de la "Vida del Niño", aunque tuvo una incidencia importante en el desarrollo de iniciativas y acciones a nivel local; debido al enfoque del programa de la Campaña, su desarrollo fue excesivamente técnico y bastante institucional; derivado de un excesivo control jerárquico a lo interno de los servicios, en especial, los hospitalarios, en la búsqueda de resultados inmediatos medidos con indicadores de impacto sobre la mortalidad infantil.

f) El proceso de participación en salud no siguió un solo camino, sino que aparecen planteamientos opuestos, paralelos y confusos. Las organizaciones se redefinen, se reorganizan y asumen un rol crítico y de negociación de su incorporación al proceso de participación en salud, creando una situación nueva que dificulta la gestión para los responsables de los servicios a nivel local, no preparados para este nuevo tipo de gestión negociada de la participación social en salud.

La evaluación del proceso de implementación de la política se limitó a comprobar el cumplimiento de indicadores de impacto sobre la mortalidad infantil, especialmente a lo interno de los servicios, realizados en su mayoría como procesos institucionales. El análisis de resultados hecho por las organizaciones sociales vinculadas, sólo contemplaba el proceso organizativo propio, dándose así procesos separados y no complementarios.

Estos resultados parecen coincidir con las conclusiones de los estudios hechos por Belli Lavinia y Martínez M^{41,42}, en las que se destaca la tendencia a la predominancia del empleo de los medios de comunicación, como instrumentos exclusivos de educación para la salud de la población, sin que el Ministerio de Salud desarrollara una estrategia de incorporación de los otros actores sociales no involucrados en la política del período anterior, por ejemplo, los clubes de servicio y la iglesia. La coordinación intersectorial y la modalidad participativa en la Campaña de Defensa de la Vida del Niño, centrada en la capacidad de adecuación y de actuación a nivel local, no obstante tuvo múltiples limitaciones debido al desarrollo de un proceso de implementación predominantemente burocrática.

3. PERIODO 1991/1992.

a) El contexto sociosanitario condicionó que el Ministerio de Salud eligiera una política de movilización social en salud, dirigida a la atención de brotes epidémicos (Cólera) y emergencias sanitarias provocadas por una erupción volcánica (Cerro Negro) y un maremoto. Estas emergencias amenazaron con hacer colapsar los servicios del Sistema. No obstante, también ha incorporado la participación social en salud, como un componente de la estrategia reorganizativa del Sistema Nacional de Salud. La factibilidad de la realización de las acciones de prevención del Cólera y la atención a las emergencias sanitarias han sido adecuadas, dadas las condiciones de apoyo por parte de las organizaciones sociales del país y de organismos internacionales, en medio de la situación de crisis económica que sufre el país.

b) La política de participación social en salud hasta hoy ha sido insuficientemente formulada, tal como aparece planteada en el Plan de Salud de 1991-1996. Sin embargo, esta línea general de acción del Ministerio, ha permitido iniciar un proceso de interacción entre la institución y algunas organizaciones sociales, para la definición de prioridades y estrategias adecuadas.

c) El proceso de formulación o toma de decisión de la política, responde básicamente a la necesidad institucional de legitimación política y jurídica de las nuevas autoridades surgidas de las elecciones de 1990. La formulación de la política ha sido hecho hasta ahora, desde un planteamiento más técnico, con asesoramiento de organismos internacionales. El consenso y la participación social, por lo tanto, no han ocupado el lugar de importancia que requiere este tipo de políticas.

d) El proceso de implementación de esta política se realiza dentro de la implantación de la estrategia de los Sistemas Locales de atención Integral en Salud (SILAIS). Los resultados de la ejecución de esta estrategia, todavía en proceso de consolidación organizativa, son difíciles de prever. Aunque con el abordaje del brote del Cólera y la atención a las emergencias sanitarias se ha activado un proceso de participación social en salud. No obstante, parece existir consenso por parte de los entrevistados, acerca de la falta de definición de los alcances y de los mecanismos de esta política.

e) A pesar de las limitaciones señaladas, en relación al proceso de participación social en salud, existe en el nivel local una diversidad de intervenciones y de proyectos conjuntos, autónomos y alternativos, tanto de las organizaciones sociales como de las ONGs, que generan una posibilidad positiva y favorable para el desarrollo de un nuevo modelo de participación social en salud. No obstante, todavía no hay retroalimentación de la dinámica y características de este proceso.

f) La diversificación de los actores sociales relevantes en el proceso de participación social en salud; y el rol, que han asumido, de gestores de sus propios proyectos en el campo de la salud, ha complejizado las relaciones con un Ministerio de Salud que asume un rol cada vez más de coordinación y de apoyo, porque sus esfuerzos en la implementación de la política a nivel de dirección de los SILAIS y a nivel local, todavía resultan insuficientes.

g) En relación a la implementación de los SILAIS, se plantean algunos problemas que repercuten negativamente en el proceso de participación social en salud: desarrollo desigual y heterogéneo, burocratismo estatal que promueve la descentralización de responsabilidades, pero no la desconcentración de los recursos, la baja formación de los recursos humanos existentes en los SILAIS, el bajo nivel de financiación destinado al nivel local.

h) El período 91-92 es todavía confuso a este respecto, porque el proceso de estructuración organizativa de los SILAIS no ha concluido; sin embargo, parece ser que existe un comportamiento de el nivel gerencial dependientes de las líneas y del control jerárquico. Esta tendencia genera no sólo frustración, sino también un posible fracaso de la política (Elmore, 1989; Lipari, 1988; Chase, 1989).

g) Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con las conclusiones de estudios anteriormente realizados ⁴³, ⁴⁴, ⁴⁵, en los que se señala que existe una fuerte tendencia a la consolidación del papel de las organizaciones gremiales, asociaciones civiles y organismos no gubernamentales; tanto en la prestación de servicios de salud como en el desarrollo de procesos participativos.

VII. CONCLUSIONES:

1. La política de participación social en salud, en los tres períodos de estudio, ha permitido desarrollar la conciencia social sobre la importancia de la participación en salud, tanto a los políticos y funcionarios de las instituciones, como a los dirigentes de las organizaciones sociales. También ha permitido acumular una importante experiencia participativa y organizativa en el sector salud.

2. La política de participación social en salud y el proceso de participación en salud adquirieron dimensiones diferentes. El Ministerio de Salud desarrolló una tendencia a limitar la participación a los contenidos y espacios definidos por la política. Mientras que la dinámica del proceso de participación social en salud desarrollado por las organizaciones sociales, ha ido generando una tendencia a asumir espacios y contenidos de trabajo en salud más amplios y fuera del espacio institucional, creando diversas expresiones de participación en salud. Esta diversidad de la participación, permite estimar que en Nicaragua ha habido cierto desarrollo de la participación social en salud.

3. El contexto sociosanitario condicionó la elección de las políticas de participación social en salud, al determinar las prioridades originadas por las necesidades de salud de la población, y la factibilidad misma marcada por la crisis económicas en los tres períodos, lo mismo que la existencia de una voluntad política de participación, tanto del gobierno como de las organizaciones sociales.

4. Las políticas de participación social en salud no ha sido sólo el resultado del proceso histórico-social de actuación de la población en sus comunidades, ni una derivación de los postulados más generales del nuevo Estado nicaragüense; sino que es el producto, principalmente, de las interrelaciones e interactuaciones entre las nuevas estructuras de gobierno y las organizaciones vinculadas al partido en el poder, cuya tendencia desde los últimos años se orienta a la diversificación de grupos y colectivos sociales participantes y cada vez más autónomos, en el campo de la salud.

5. Aunque es difícil establecer comparaciones entre las políticas formuladas en los distintos períodos, por estar éstas condicionadas por un contexto o una situación política y socioeconómica muy diferentes, y no comparables entre si; si se puede afirmar que existen diferencias en cuanto al grado de consenso y de participación en la toma de decisión o formulación y en el proceso de implementación de estas políticas.

La formulación de la política de participación social en salud decidida en 1982, fue un resultado altamente participativo y consensuado entre el Ministerio de Salud y las organizaciones sociales involucradas. Los cambios de la política de participación en salud, formulada en 1988 con la Campaña de la Vida del Niño, la participación estuvo a las estructuras centrales del Gobierno y el Ministerio de Salud, con algunos acuerdos bilaterales con tres de las organizaciones sociales más relevantes. En el caso de la política de participación formulada para 1991-1996, ha sido el resultado de un proceso de toma de decisión eminentemente institucional y técnico, por parte del Ministerio de Salud con asesoría de organismos internacionales.

6. El proceso de implementación de estas políticas de participación social en salud, dio como resultado la disminución de la prevalencia y la incidencia de enfermedades transmisibles como la polio, la difteria, tos ferina, tétanos y sarampión y otras como la malaria, el dengue y la rabia canina. Además permitió disminuir significativamente la mortalidad infantil en menores de 6 años.

7. La implementación de las políticas estuvieron orientadas mediante el control delegado (conocimiento y adecuación de las normas por parte del personal, iniciativa y creatividad). Sin embargo, la tendencia, tanto en la política de 1982 como en la del 88, fue la de aplicar cada vez más el control jerárquico, debido entre otros factores a la consolidación y verticalización de las estructuras centrales y regionales del Ministerio de Salud, y a los efectos de la crisis política y socioeconómica. Aunque para el período 1991-1996, está planteado de nuevo el control delegado, parece haber una tendencia a supeditar la actuación de los gestores de SILAIS a las directrices centrales del Ministerio.

8. Desde el punto de vista de la participación social, quizás el hallazgo más importante del estudio, de los períodos 82-85 y 86-90, sea que en cualquier proceso de toma de decisiones en la formulación e implementación de una política pública, aunque los actores sociales participantes tengan real o aparentemente los mismos intereses, objetivos, lógicas y racionalidades acerca del problema, o tengan una misma afinidad de tipo político e ideológica; en el proceso de implementación de la política se producirán variaciones en la posición e influencias de los diferentes actores o representantes de intereses presentes, como ha sido el caso de las organizaciones sociales en relación con el Ministerio de Salud.

9. La existencia de una gama cada vez mas variada de organizaciones sociales, no vinculadas a la estructura del poder, en el período 1991-1996, no es por si mismo una ventaja, ni en el proceso de toma de decisiones ni en el proceso de implementación de la política de participación social en salud,

tanto para el nivel central como en los SILAIS. Al contrario, esta situación tiende a complejizar las relaciones, el consenso y la actuación conjunta.

10. La falta de evaluación del impacto de estas políticas, no ha permitido redimensionar las mismas, ni ha facilitado encauzar los cambios requeridos, tanto por el Ministerio de Salud, como por las organizaciones sociales.

VIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Ministerio de Salud; Salud: Políticas, logros y Limitaciones; DIMAVI ediciones. Managua, 1980;31-40
2. Dirección de Educación y Comunicación Popular (DECOPS - MINSA); Jornadas Populares de Salud; MINSA, Managua; 1980.
3. Dirección de Educación y Comunicación popular del Ministerio de Salud; Educación y participación en salud; Managua; 1980; 38-51.
4. Ugalde Antonio; Ideological dimensions of community participation in Latin América health programm; en Social Science Medicine,1985; 21(1);41-53.
5. Ministerio de Salud; Educación en salud y participación popular; EIMSA impresiones; Managua, 1981;23-65.
6. Ministerio de Salud; Participación Social en Salud; Serie SILAIS; EIMSA impresiones. Managua, 1991.
7. Dirección de Educación y Comunicación del Ministerio de Salud; Aportes para el análisis histórico de la educación y la participación en salud; DIMAVI ediciones, Managua, 1980.
8. Pechersky Graciela; La Participación de los Organismos de masas en las acciones del sector Salud, en el departamento de León, Nicaragua; MINSA, 1982; 79-81.
9. Ministerio de Salud; Condiciones de Salud y Logros Alcanzados: 1982 - 1985; EIMSA impresiones, Managua; 1986.
10. Subirats Joan; Análisis de Políticas Públicas y eficacia de la Administración. Razones para un cambio de perspectiva en el estudio de la administración pública, En Subirats J; M.A.P. Editores, Madrid; 1989; 44-46.
11. Lindblom Charles; Análisis del proceso de implementación de políticas públicas; M.A.P. Editores, Madrid; 1990.
12. Elmore Richard; Complexity and Control: What legislator and administrators can do about implementing public policy; en Teaching and Educational Policy; 1982; 14;342-369.
13. Lipari Demetrio; La valutazione delle azioni pubbliche; 1987; 6(2);53-58.
14. Wallin Mclaughlin Milbrey; Learning from experience: Lessons from policy implementation on Educational Evaluation and policy Analisis; 1987; 9(2);171-178.
15. Myrtle C. Robert; A Managerial view of Policy Implementation; American Review of Public Administration; 1983; 17(1);17-31.

16. Chase Gordon; Implementing a Human Service Program: How hard will it be?; Public Policy; 1979; 27(4); 345-386.
17. Majone Giandomenico; Los Usos del análisis de Políticas; en Aguilar V. Luis F, La hechura de las Políticas; Porrúa Editorial; México, 1992;341-366.
18. Behn Robert D; El análisis de políticas y la política; en Aguilar V. Luis, El Estudio de las políticas públicas; editorial Porrúa editorial; México, 1992; 239-274.
19. Landau Martín; El ámbito propio del análisis de políticas, en Aguilar V. Luis, El estudio de las políticas públicas; Porrúa editorial; México, 1992; 275-280.
20. Sonis Abraham; Políticas de Salud en Atención de la Salud, en Sonis A, Ateneo Editorial, México; 1984; 23-55.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); SILOS: La Participación Social; OPS/OMS. HSD/SILOS; Washington, 1990; 3;29-30.
22. Hernández C, Martínez M, Salazar M, Zeledón R, Silva F y Amaya L; Participación Social en Salud: Los Promotores Voluntarios; PRODERE - EDINFODOC, Nueva Nicaragua editorial; Managua, 1991.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); SILOS: "Estudios de Casos" en Participación Social; OPS/OMS ediciones; Washington, 1990;2-12.
24. Organización Panamericana de la Salud(OPS/OMS); La participación social en Los Sistemas Locales de Salud; OPS ediciones; Washington, 1990; 16-32.
25. Meltsner J. Arnold; La factibilidad política y el análisis de políticas; en Aguilar V. Luis, La hechura de las Políticas, Porrúa editorial; México, 1992;367-432.
26. Jara Oscar; La Dimensión Política de la Educación Popular; CEASPA, Alforja editorial; Panamá, 1984.
27. Fournier Pierre, Povtin L. y Goudreau M; Rapport de Recherche: La Mesure de la Participation Communautaire dans les Programmes de Santé. Unité de Santé Internationale, Universidad de Montreal, Folleto fotocopiado, Julio 1992.
28. Ministerio de Salud; Sistemas Locales de Atención Integral en Salud: Marco Conceptual; Serie SILAIS No. 1; Managua, 1991.
29. Ministerio de Salud; SALUD: Políticas, logros y limitaciones; en cap. IV, DIMAVI ediciones; Managua, 1980;31-40.
30. Ministerio de Salud; PLAN DE SALUD 1982. EIMSA impresiones; Managua, 1982; 5-12 y 54-57.

31. Ministerio de Salud; PLAN MAESTRO DE SALUD: 1991-1996; EIMSA impresiones; Managua, 1991.
32. Ministerio de Salud; PLAN DE SALUD 1986; EIMSA impresiones; Managua, 1986.
33. Ministerio de Salud; PLAN DE SALUD 1988-1990. EIMSA impresiones; Managua, 1988.
34. Ministerio de Salud; Condiciones de salud y logros alcanzados, 1982-1985; EIMSA impresiones, Managua; 1986:8-21.
35. Federación de Trabajadores de Salud (FETSALUD); Los trabajadores de la salud, su lucha histórica y su participación en las Jornadas Populares de Salud; EIMSA impresiones, Managua; 1984;6-7.
36. Consejo Nacional Popular de Salud; La participación de las organizaciones populares en la gestión en salud; EIMSA impresiones, Managua; 1984;15-16.
37. Asociación de Mujeres AMNLAE; La mujer nicaragüense y su experiencia de participación en salud; EIMSA impresiones, Managua; 1984;5-6.
38. Consejos Populares de Salud-Región IV; El papel de los Consejos populares de salud en las Jornadas Populares de Salud; EIMSA impresiones, Managua; 1984.
39. Ministerio de Salud; Las Jornadas Populares de Salud en sus tres años de desarrollo; EIMSA, Managua; 1984.
40. Consejo Popular de Salud ZEII; "Brigadistas defienden salud y la Revolución en Zelaya Sur; EIMSA, Managua;1984.
41. Belli L; La comunicación Social en salud en la Campaña de la "Vida del Niño"; Managua; 1989;88-95.
42. Vado C y Morales C; Experiencias de Saneamiento ambiental y participación Comunitaria, Nicaragua 1989; Universidad de Ingeniería, Managua; 1989;35-42.
43. Martínez M; La participación social de la comunidad en los Servicios Educativos, Nicaragua 1990; Managua, 1991;31-35.
44. Martínez Manuel; La participación de los brigadistas de salud en el municipio de Pantasma, en Participación Social en Salud; Nueva Nicaragua editorial; Managua, 1991; 98-149.
45. Littlejohn Collen; Directorio ONGs de Nicaragua: 1991-1992; CAPRI, El Amanecer editorial; Managua, 1992; 5-12.

CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PUBLICA
C.U.P.S.

IX. APENDICE

**CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PUBLICA.
C.U.S.P.**

**INVESTIGACION
POLITICAS DE SALUD Y PROCESO
DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.
NICARAGUA. 1982-1992.**

**Temario No. 2, a ser utilizado con Informantes
claves de los objetivos 2, 3 y 4.**

Cod. Ident

Managua, Septiembre 1992.

I. Datos Generales:

1. Profesión: _____
2. Cargo anterior: _____
3. Cargo Actual: _____
4. Institución: _____

II. PROCESO DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.

(1. Período de 1982-1985: _____. 2. Período de 1986-1990-
_____ 3. periodo de 1990-1992).

A. Proceso de Participación en Salud.

1. Actores Sociales relevantes.

a) Principales actores sociales participantes en el proceso de participación social:

b) Otros actores sociales relevantes que no participaron en el proceso:

c) Razones:

2. Política de participación en salud.

a) Características de la(s) política(s):

b) Tipo de orientaciones a la Organización:

c) Influencia de la política de participación en salud el proceso:

3. Modalidades del proceso de participación:

a) Intrasectorial:

b) Intersectorial:

c) En la sociedad:

4. Características de la participación Social en salud:

a) En acciones definida totalmente por el MINSA. Cuáles y Cómo?

b) Decisión conjunta con las organizaciones sociales. Cuáles y Cómo?

c) A propuesta de las organizaciones sociales. Cuáles y cómo?

d) Proyectos alternativos, pero coordinados. Cuáles y Cómo?

e) Proyectos autónomos. Cuáles y Cómo?

B. Valores sociales en relación a la participación.

5. Influencia de los valores de salud en la participación.

a) Cuáles eran los valores en relación a Salud ?

b) Cómo potenciaron el proceso de participación?

c) Cómo limitaron el desarrollo del proceso ?

6. Comportamiento en relación a la participación.

a) Tipo de comportamiento de los grupos sociales:

b) Tipo de comportamiento de las organizaciones sociales:

c) Tipo de comportamiento de las instituciones:

C. Valores Culturales y Proceso de participación en Salud.

7. Creencias en salud e influencia en la participación social en salud.

a) Cuáles eran esas creencias en relación a Salud?

b) Cómo potenciaron el proceso de participación?

c) Cómo limitaron el desarrollo del proceso ?

D. Factores condicionantes del proceso de participación.

8. Factores ideológicos relacionados con la Salud.

a) Concepción de salud enfermedad predominante.

b) Concepción popular en relación a los servicios

de salud.

9. Factores Organizacionales y participación social en Salud.

a) Cuáles fueron los factores organizativos que potenciaron el proceso de participación ?

b) Cuáles los que limitaron el desarrollo del proceso ?

10. Gestión de la Participación.

a) Características del modelo gerencial en Salud.

b) Características de la gestión de la participación social en salud:

c) Características de las instancias de participativas de gestión:

11. Participación en los servicios de salud.

a) Tipo de participación en los servicios de salud, entre la Administración y los gremios de trabajadores de la salud.

- b) Involucramiento de las organizaciones sociales a lo interno de los servicios de salud

12. Participación del personal de salud en las acciones comunitarias:

- a) Características de la relación con grupos sociales:

- b) Características de la relación con organizaciones sociales.

Proceso de Implantación de los SILAIS.

13. Características de contexto social actual:

- a) Político:

- b) Económico:

- c) Social:

- d) Cultural:

14. Características de la implantación de los SILAIS.

15. Avances en la implantación de los SILAIS en relación al desarrollo de la gestión intersectorial en salud:

16. Tendencias y modalidades actuales de la participación social en salud:

A. DATOS SOBRE LA ENTREVISTA:

a) Fecha:

b) Duración:

c) Lugar:

B. Evaluación de la Entrevista:

- Disponibilidad del entrevistado.
- Participación del entrevistado.
- Interferencias durante la entrevista.
- Grado de cumplimiento de la entrevista.

**CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PUBLICA.
C.U.S.P.**

**INVESTIGACION
POLITICAS DE SALUD
Y PROCESO DE PARTICIPACION SOCIAL.
NICARAGUA. 1982-1992.**

**Temario No. 1. para ser utilizado con Informante Claves
sobre FORMULACION DE POLITICAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN
SALUD.**

cod.ident.

Managua, Setiembre 1992.

I. Datos Generales:

1. Profesión: _____
2. Cargo anterior: _____
3. Cargo Actual: _____
4. Institución: _____

II. POLITICAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD. (Período de 1982-1985: _____, período de 1986-1990: _____, período de 1991-1992: _____).

A. Proceso de estructuración de la(s) Política (s) de participación en salud.

1. Actores sociales relevantes en el proceso de participación social.

2. Espacios de participación en el proceso de estructuración de la política de participación social:

3. Cuáles fueron los elementos de base para la definición de las políticas de participación social:

4. Relación de la política con los valores de salud de la sociedad nicaragüense:

5. Propósitos institucionales en relación a la participación social en salud:

6. Cambios esperados a largo plazo en relación a la participación social en salud:

a) Perfil epidemiológico:

b) Aumento de la cobertura en salud:

c) Conciencia sanitaria de la población:

c) Desarrollo de la atención primaria en salud.

d) Fortalecer el nivel comunitario de atención:

e) Otros:

7. Componentes o ejes a los que estaba orientada la política de participación social en salud:

8. Prioridades en la formulación de Planes y programas.

a) Tipo de prioridades:

- Objetivos y metas de salud:

- Institucionalización de la participación en salud.

- Agentes comunitarios.

- Desarrollo del nivel comunitario de atención a la salud.

b) Tipo de Planes y programas:

- Movilización social:

- Participación comunitaria:

9. Estrategias de participación social en salud:

B. Proceso de Implementación de las políticas:

- 10. Las directrices para la Organización que garantizaran la aplicación de las políticas de participación en salud:**

11. El marco de Implantación de Estrategias de participación en salud.

12. Los mecanismos de monitoreo y control de la política de participación en salud:

A. DATOS SOBRE LA ENTREVISTA:

a) Fecha:

b) Duración:

c) Lugar:

B. Evaluación de la Entrevista:

- Disponibilidad del entrevistado.

- Participación del entrevistado.

- Interferencias durante la entrevista.

- Grado de cumplimiento de la entrevista.

ANEXO 2: CARACTERISTICAS DE LOS INFORMANTES CLAVES.

1. Tipo de funcionarios:

- | | |
|---|----|
| - Funcionarios decisores de políticas o de alto nivel administrativo. | 13 |
| - Funcionarios implementadores de la política. | 32 |

45

2. Profesión:

- Médicos Generales (11) y especialistas (12)
 - Enfermeras (4) y Educadores de Salud (pedagogos y psicólogos: 12). Otros: abogados, antropólogo, odontólogo, comerciante, agricultor (6).
- Del total de 45, 18 son especialistas en Salud pública.

2. Cargo anterior (Correspondiente al período de decisión e implementación de la política).

- | | |
|---|----|
| - Funcionarios del Ministerio de Salud Central. | 14 |
| - Responsables de Regiones de Salud | 9 |
| - Responsables nacionales de Organizaciones gremiales y /o comunal. | 5 |
| - Responsables a nivel de áreas de Salud. | 12 |
| - Funcionarios de otras instituciones. | 5 |

45

3. Cargo actual de los entrevistados:

- | | |
|---|----|
| - Funcionarios del Ministerio de Salud Central. | 10 |
| - Funcionarios de Sistemas Locales de Salud. (SILAIS- MINSA) | 10 |
| - Dirigentes de Organizaciones gremiales y comunales. | 5 |
| - Dirigentes de Organismos No gubernamentales. | 5 |
| - Funcionarios de organismos internacionales. | 5 |
| - Trabajo privado | 4 |
| - Funcionarios de Alcaldías. | 3 |
| - Dirigentes de otras instituciones. | 3 |

45

4. Instituciones para las que trabajan los entrevistados:

- Ministerio de Salud.	20
- Organismos gremiales (Fetsalud, Movimiento-Comunal, CST)	5
- Organismos No gubernamentales (CEPS, AMC-Casa del Parto, CNMTP, Acción Holandesa).	5
- Organismos internacionales (OPS/OMS, UNICEF)	5
- Privado.	4
- Funcionarios de Alcaldías.	3
- Dirigentes de otras instituciones. (UNAN, CIES, Asamblea Nacional)	3

