

T  
34  
043  
1987  
Ej: 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRIA EN  
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

**DESARROLLO DEL PROCESO DE  
PLANIFICACION DE LA FUERZA DE TRABAJO  
EN SALUD EN EL MINSA AÑO 1979-1987.**

**AUTORES:**

**LIC. CRUZ B. OLIVAS P.**

**LIC. FIDELINA MUNGUA H.**

**MANAGUA, 1988**

DESARROLLO DEL PROCESO DE PLANIFICACION DE LA FUERZA DE  
TRABAJO EN SALUD EN EL MINISTERIO DE SALUD 1979-1987.

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRIA EN ADMI-  
NISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CENTRO DE INVESTI-  
GACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD.



PRESENTADO POR : LIC. CRUZ BERTILDA OLIVAS PALACIOS

LIC. FIDELINA DEL SOCORRO MUNGUIA HERNANDEZ



Dedicatoria:

" A los cachorros de Sandino que defienden  
nuestro suelo patrio y que gracias a -  
ellos tuvimos la oportunidad de concluir  
este trabajo."

Cruz Bertilda:

A mis hijas con amor:

Aracelly y Tania Nohemy

Por pasar largas horas de soledad y

sacrificios mientras concluíamos -

ésta tesis.

Fidelina del Socorro. A:

. Miguel Angel y José Luis : Con amor

. Sor Natalia Hernández : Con gratitud

. Cruz, Fernando e hijas : por apoyo brindado.

I N D I C E

CONTENIDO:

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA ....	1 - 4
II.	OBJETIVOS .....	5
	2.1 General.....	5
	2.2 Específicos .....	
III.	MARCO TEORICO .....	6-15
	3.1 El Estado y la Planificación .....	6
	3.2 Planificación de Salud y Transformación .....	9
	3.3 Planificación de la Fuerza de trabajo en salud .....	11-15
IV.	HIPOTESIS .....	16
V.	METODICA .....	17-20
	5.1 Tipo de Estudio .....	12
	5.2 Universo .....	17
	5.3 Metodología .....	17
VI.	RESULTADOS .....	21-126
	6.1 Génesis, Desarrollo y desarticulación del estado smocista .....	21-36
	6.1.1 Organización del Sector Salud en el Smocismo....	31
	6.1.2 Formación de recursos humanos en el smocismo....	36
	6.1.3 Administración de la fuerza de trabajo en salud en el smocismo .....	36
	6.2 Organización del Estado Sandinista, 1979.....	39-52

6.2.1	Transformación del sector salud .....	43	
6.2.2	Formación de recursos humanos .....	49	
6.2.3	Administración de la Fuerza de Trabajo en Salud. ....	52	
6.3	Período 1980 - 1983 .....	56	- 91
6.3.1	Contexto general del período .....	56	
6.3.2	Caracterización del sub período 1980-1981 ...	60	
6.3.2.1	Formación profesional .....	68	
6.3.2.2	Formación de Técnicos y auxiliares ...	70	
6.3.2.3	Capacitación del personal de salud ..	71	
6.3.2.4	Administración de la fuerza de trabajo en salud.....	75	
6.3.3	Caracterización del sub-período 1980- 1983 ..	77	
6.3.3.1	Formación profesional .....	81	
6.3.3.2	Formación de Técnicos y auxiliares...	82	
6.3.3.3	Capacitación de la fuerza de trabajo en salud.....	83	
6.3.3.4	Administración de la fuerza de trabajo en salud .....	85	
6.4	Período 1984 - 1986 .....	92	- 110
6.4.1	Caracterización general del período 1984-1986	96	
6.4.2	Formación profesional .....	101	
6.4.3	Formación de técnicos y auxiliares .....	103	
6.4.4	Capacitación de la fuerza de trabajo en salud.	105	
6.4.5	Administración de la fuerza de trabajo en salud .....	106	
6.5	Situación actual del desarrollo de la Revolución Popular Sandinista, período 1987 .....	111	- 128
6.5.1	Situación actual del MINSA .....	114	

6.5.2	Desarrollo y Planificación de Fuerza de Trabajo .....	118
6.5.3	Formación de Recursos Humanos en Salud .....	124
6.5.3.1	Formación de técnicos y auxiliares .	125
6.5.4	Capacitación de la fuerza de trabajo en salud	126
6.5.5	Administración de la fuerza de trabajo en Salud .....	126
VII.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....	129 - 139
7.1	Deteminantes históricos- concretos y abstractos formales de la planificación de la fuerza de trabajo en salud .....	129
7.2	Los sujetos de la Planificación de la fuerza de trabajo en salud en Nicaragua. ....	134
7.3	Metodología de la fuerza de trabajo en salud .....	136
7.4	Resultados del proceso de planificación de la fuerza de trabajo en salud.....	137
VIII.	CONCLUSIONES .....	140 - 141
IX.	RECOMENDACIONES .....	142 - 143
X.	BIBLIOGRAFIA .....	144 - 151
XI.	ANEXOS .....	

I N T R O D U C C I O N

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

Los problemas ligados a la planificación, formación y administración de la fuerza de trabajo en salud ha venido ocupando una posición central dentro de los esfuerzos institucionales del Ministerio de Salud, lo cual es parte de todo un movimiento en América Latina en la búsqueda de enfrentar la crisis que atravieza los países para atender demandas de los servicios de salud.

Esto adquiere una notable importancia cuando como en el caso de Nicaragua se da una transformación revolucionaria a nivel general del estado y la sociedad, y a nivel particular del sistema de salud, donde se observa una expansión de la red de servicios más acelerada que el desarrollo de los recursos humanos, lo que implica una serie de procesos y fenómenos que demandan mayores esfuerzos para definir más claramente la forma de planificar dichos recursos.

Un principio del Sistema Nacional Unico de Salud señala que las actividades de salud deben ser planificadas, sin embargo para atender a esta preocupación institucional se requiere un mayor conocimiento sobre lo que es el proceso de planificación en las condiciones particulares del país y que hasta el momento aún no se han profundizado ni se ha realizado estudios investigativos.

Incluso a nivel internacional la OMS/OPS manifiesta interés en impulsar investigaciones para resolver problemas de planificación, utilización y administración de la fuerza de trabajo en salud, ya que éste es un campo muy poco explorado.



Dentro de este proceso el Ministerio de Salud como rector de las actividades de salud, motiva el desarrollo de investigaciones de problemas concretas de salud destacando además, las relaciones con la planificación de la fuerza de trabajo ya que aún se carece de un desarrollo teórico -metodológico y el conocimiento que se puede tener a partir del desarrollo de procesos institucionales es insuficiente para -- superar la percepción del proceso y promover el desarrollo equilibrado del mismo.

Hasta el momento no existen diferencias claras acerca de las concepciones, métodos y organización de los procedimientos de planificación de la fuerza de trabajo, ni estudios que nos digan la direccionalidad de la misma, por lo que nos planteamos analizar cómo se ha desarrollado el proceso de planificación de la fuerza de trabajo en el MINSA durante el período 1979-1987, para brindar elementos que contribuyan a - la realización de otros estudios en este aspecto y darle continuidad al plan quinquenal de desarrollo de la fuerza de trabajo.

Sin embargo el esfuerzo realizado para abordar este complejo proceso contó con limitaciones relacionadas con los conocimientos metodológicos, poco apoyo en cuanto a recursos y propios de la investigación ya que se contó con una información no sistematizada y dispersa; incluyen datos estadísticos que difieren de una fuente a otra.

Delimitación del problema.

A nivel de la dirigencia del Ministerio de Salud se daba una preocupación por el desarrollo de las metodologías y técnicas de planifica

ción de recursos humanos en salud. Incluso estaban en la búsqueda de formular un plan quinquenal de desarrollo de recursos humanos como un eje importante para el desarrollo institucional del MINSA.

Esto nos orientó que éste era un campo privilegiado de estudio y se comenzó a revisar lo que existían en Nicaragua sobre este aspecto.

Se decidió efectuar una revisión preliminar de documentos institucionales y a realizar entrevistas indagatorias con algunos funcionarios del MINSA con el objeto de reconocer cuáles son los objetos, sujetos, formas organizativas, productos y avances de la planificación de recursos humanos.

Nos dimos cuenta que no había investigaciones, estudios o evaluaciones referidos a ese proceso y que los documentos institucionales no proporcionaban toda la visión sobre el mismo.

Aún no se efectuaba una reflexión acerca de las determinantes, limitaciones o posibilidades de la planificación de personal de salud: Una vez identificado el objeto de estudio nos interesaba conocer el "locus" donde se ha venido desarrollando la planificación de recursos humanos, los cambios y desarrollo ocurridos en la estructura organizacional en el período 79 - 87, que han incidido en dicho proceso

Es así que se encuentra que durante ese período el Ministerio de Salud ha tenido tres modelos organizacionales, siendo el primero el período 1979 - 1982 donde la planificación de Recursos Humanos era administrada por el Vice - Ministerio de Docencia y Recursos Humanos.

El segundo período 1983 -1985 se integra la planificación el --  
Vice -Ministerio de Docencia y Desarrollo.

El tercer período 1985 -1987 correspondiente al proceso de rees-  
tructuración se organiza la División General de Planificación y la -  
Dirección General de Docencia e Investigaciones.

OBJETIVOS

## II. OBJETIVOS

### 2.1 General

Analizar el desarrollo del proceso de Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud realizada en el MINSA en el período 1979 -1987.

### 2.2 Específicos:

2.2.1 Identificar los determinantes históricos - concretos y abstractos formales de la planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud en el período 1979 -1987.

2.2.2 Identificar los sujetos intervinientes en el proceso de Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud en el MINSA.

2.2.3 Identificar la metodología utilizada en el proceso de Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud.

2.2.4 Identificar resultados obtenidos en este proceso de Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud.

M A R C O T E O R I C O

### III. Marco Teórico

#### 3.1 Estado y planificación

El estado no ha existido eternamente, pues hubo sociedades que no tuvieron estado, pero que cuando obtuvieron cierto grado de desarrollo socio - económico, unido a la división de la sociedad en clases y las contradicciones que esto generó, fué que éste se hizo necesario. (1).

De acuerdo al modo de producción imperante en una determinada -- formación económico - social podemos hablar de estado feudal, capitalista, socialista, etc.

En las formaciones económicas sociales capitalistas el papel tradicional del estado, se limitó a funciones de tipo técnico (organización y administración) y de dominación política, sin llegar a establecer una notable intervención en la actividad productiva y el control de variables y mecanismos de regulación: ES EL ESTADO CAPITALISTA LIBERAL.

A comienzos del siglo, producto de la Revolución de Octubre surge un nuevo estado que es el estado socialista, basado en la propiedad social sobre los medios de producción lo que permite lograr la -- concordancia entre todos los participantes de la producción, los -- intereses de la economía nacional, las ramas y las zonas económicas y de cada empresa. Esta concordancia se logra a través del Plan --

Económico Nacional Centralizado tomando en cuentas las necesidades sociales y los recursos económicos de todo el país.

La planificación socialista está basada en el volumen y estructura de las necesidades sociales, recursos materiales y mano de obra para satisfacerlas. Su función específica es tomar en cuenta las demandas de la sociedad en su conjunto como un todo único (2).

La revolución socialista que significa la destrucción de las relaciones capitalistas y la afirmación de otras nuevas, realiza las transformaciones en beneficio de la sociedad.

La clase capitalista desaparece, ya no se da la lucha entre capital y las fuerzas sociales por tanto la planificación para el desarrollo debe permitir un crecimiento de variables macroeconómicas que sirvan de indicadores para una mejor distribución de la riqueza es por eso que la planificación en el sistema socialista es normativa.

Después de la crisis de los años 30 y principalmente después de la Segunda Guerra Mundial los países capitalistas recurrieron a la regulación estatal a través de la programación económica mediante órganos especiales de regulación de la economía por medio de distintos instrumentos políticos institucionales del estado burgués.

En las sociedades capitalistas orgánicamente no pueden abarcarse todas las ramas y eslabones de la economía, por lo que se producen dos niveles de intervención no articulados a nivel nacional y otra de cada monopolio o firma (3).



En el capitalismo la planificación es indicativa, ya que lo que hace es orientar acciones que contribuyan a la reproducción ampliada y legitimación del capital.

Para intervenir en los diferentes campos de acción el estado necesitó ampliar el aparato institucional, sus aparatos represivos y el número de trabajadores. Esto también implicó un aumento de la burocracia y tecnocracia estatal la cual se apropia de los conocimientos científicos. Esta intervención tiene como objeto la distribución de la renta nacional que tiene un carácter de clase el cual se realiza en última instancia en provecho del capital, empleándose con fines de consumo y de acumulación la cual no asegura el mínimo nivel de vida de los trabajadores, produciéndose la sobre explotación de la misma.

Es decir, se reorganiza la economía, la cultura y el estado cuyos aparatos institucionales son los encargados fundamentalmente de intervenir sobre las relaciones entre la Fuerza de Trabajo y el capital.

Todo esto se concretiza a través de las vías legales con los có-digos laborales cuya legislación laboral establece un horario de trabajo y sueldos adecuados para la reproducción de la fuerza de trabajo, estableciendo una política de empleo y salario así como la política educativa que está dirigida a elevar la capacidad técnica de la misma, también las políticas de seguridad social que son un mecanismo de atenuar las contradicciones en el plano de la economía, y la política de salud que se encamina a atender aquellos grupos sociales colocados al margen del proceso productivo.

Independientemente de las características del estado, en las sociedades modernas se desarrolla la planificación, ésta tiene sus componentes técnicos basados en los conocimientos de las ciencias a través de la historia, correspondiéndose con los planteamientos de -- Geordani de que la misma está determinada por dos grandes aspectos : lo histórico concreto y lo abstracto formal.

Lo histórico concreto está condicionado por las leyes que rigen cualquier sociedad y la relación entre la planificación y la sociedad, y lo abstracto formal referido a los elementos teórico metodológicos en que se fundamenta.

Basado en lo anterior consideramos la planificación como una práctica de intervención racional en una sociedad concreta procesada al interior del estado.

### 3.2 Planificación de Salud y Transición

Para entender la naturaleza del estado en transición y sus relaciones con la planificación en salud es necesario entender primero la forma de concretizar el proyecto histórico como un proceso dinámico.

Dado que existen diferentes formas del concepto de transición, aquí lo entenderemos como un concepto amplio en su desarrollo y en movimiento dialéctico, determinado por el impulso que le brindan las fuerzas sociales en su conjunto, para transformar la realidad concreta en que se desenvuelven, lo que implica contradicciones para poder



desarrollar su proyecto histórico.

Dichos obstáculos pueden presentarse a lo interno de las fuerzas sociales por las diferentes concepciones y métodos de transformar la realidad y externas mediante la oposición a la concreción del proyecto.

La transformación es realizada por el estado a través de su intervención en el aspecto económico político y social con sus diferentes instrumentos que garanticen el desarrollo de los objetivos planteados estableciendo las diferentes políticas que darán respuesta a las demandas sociales. (4).

En la salud como parte del proyecto histórico en lo general la política sanitaria adquiere una connotación de derecho de la sociedad - como instrumento de legitimidad, ya que transmite la ideología de la clase en el poder. La planificación incide en la reproducción de la fuerza de trabajo y ésta a su vez incide en el desarrollo de la sociedad.

En cuanto a la política educativa se privilegian los recursos humanos dando un impulso en el incremento de la formación de los mismos y la creación de carreras de salud necesarias para transformar el estado de salud de la población.

La política de empleo y salario que norma el trabajo y la productividad de la fuerza laboral, organiza y dicta la reglamentación nece-

saría para su desarrollo.

Sin embargo la política sanitaria, en el sector salud será un proceso contradictorio dependiente del nivel de relaciones establecidas entre el sector salud y la estructura política de la sociedad anterior. Es decir la relación entre lo que hay para transformar y el proyecto de transformación, lo cual está determinado por una serie de factores en la dinámica interna de esa transformación.

Además de esto se incrementa la lucha de clases tanto en el campo de la producción como en el ideológico donde salud se transforma en un campo muy especial para esa lucha de clases. Un elemento básico es la participación popular a través de todos los organismos de masas, que tomen la salud como campo de la práctica en esta etapa para la formación de una nueva conciencia que permite extraer experiencias colectivas a solución de problemas.

Podríamos decir entonces que la salud es un espacio de hegemonía política ya que la planificación de salud aparece como un instrumento de conservación del poder que aún con las clases sociales sirve para acelerar su ritmo, su función y finalidad.

### 3.3 Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud.

La planificación de la fuerza de trabajo forma parte integral de la planificación en salud, en general y debe corresponderse con las políticas planteadas por el estado; ésta determina como formar, distribuir y utilizar para aprovechar mejor los recursos humanos en can-

tidad adecuada y habilidades para desempeñar funciones en los servicios de salud.

Es necesario diferenciar los siguientes términos:

Primero "recursos humanos para la salud", es el más amplio, comprende a todos los individuos y grupos que, organizados formalmente o no, - pueden satisfacer, en un momento dado, un objetivo determinado en el campo de la salud. En consecuencia, el término tiene una connotación de "utilidad" (valor de uso); esto es, el recurso es tal en tanto y - cuanto es útil para cumplir un objetivo. (5).

El término "personal de salud" es más restringido que el anterior. Se refiere a los individuos que se encuentran formalmente organizados para trabajar dentro del sector salud. Además, la definición estricta de personal de salud implica un elemento de legitimización; esto es, las personas que caen dentro de esta categoría han recibido educación institucionalizada o cuentan con un reconocimiento jurídico para prácticar. (6).

El criterio para definir la "fuerza de trabajo en salud", es de índole económica, por lo que abarca no sólo a una parte del personal, sino también de los recursos humanos restantes. En efecto, este término se refiere a aquel subconjunto de los recursos humanos y del -- personal que participa en acciones de salud por la vía de las remuneración económica. En consecuencia, el término implica el concepto de "mercancía" (valor de cambio). (7)

Entendemos a la Planificación de Recursos Humanos en Salud como una práctica institucional articulada a la planificación de salud, que parte del conjunto de prácticas desarrolladas al interior del Estado con la finalidad de garantizar una intervención racional en el desarrollo de los sistemas y servicios de Salud su especialidad está dada por la naturaleza de su objeto, que en términos de su alcance puede abarcar, ya sea los "recursos humanos en salud", el "Personal de Salud" o la "Fuerza de Trabajo en Salud, definidos anteriormente.

Utilizando sin distinción un término u otro se considera que la planificación de recursos humanos en una perspectiva integral, toma por objeto los procesos de fomación, capacitación, distribución, utilización y gestión del personal de salud. (8)

Establece como sujetos, las instituciones del sistema educativo y del sistema de servicios, los organismos gremiales y otros donde se generan las necesidades y demandas que afectan a distintos aspectos del desarrollo del personal de salud. También utiliza métodos y técnicas para el diagnóstico, elaboración de planes y programas, evaluación, etc. que deben tener como bases, la constitución de sistemas de información sobre personal de salud que permita un análisis permanente de la situación y el perfeccionamiento de las propuestas de intervención.

La planificación de recursos humanos en salud debe ser coherente y formar parte del contexto del desarrollo socio - económico y polí-

co del país. Tiene como eje central la planificación del desarrollo del sistema y servicios de salud, basándose en la política, estrategias y planes globales de desarrollo de salud. Debe tener un enfoque multidisciplinario, interinstitucional e intersectorial, por las determinaciones que existen entre el contexto económico y social y el proceso de desarrollo de los recursos humanos.

El proceso de planificación abarca cinco grandes fases, que se desglosan en dependencia del modelo específico que se defina de acuerdo a las posibilidades concretas dadas por el desarrollo institucional de la práctica de planificación. Estas fases son: el análisis de la situación actual o el diagnóstico, la formulación de políticas, la programación general y detallada, la implementación y evaluación. (9).

De acuerdo al modelo que se va a desarrollar cada fase tiene que especificar su concepción, método y técnica que utilizará así como las formas organizativas que adoptará. Por lo que plantearemos las líneas generales de cada etapa como marco para el desarrollo de modelos concretos.

El análisis de la situación actual o diagnóstico de la relación dinámica entre la oferta y demanda de los recursos humanos en salud, se realiza mediante estudios o investigaciones, diagnóstico cualitativo y otros medios. El diagnóstico está determinado por la información ya existente y la que se quiere obtener según el área específica del proceso de desarrollo de los recursos humanos ya sea formación y capacitación, distribución, y utilización de personal de salud.

La formulación de políticas de desarrollo de los recursos humanos en salud parte de la definición del marco general de desarrollo de la salud, o sea, de la identificación de la situación deseada en términos prospectivos en base a la cual se formulan los lineamientos generales del desarrollo de los recursos humanos.

En la programación general y detallada se fijan los objetivos -- específicos en cada una de las áreas sujetas a políticas y su estrategia para alcanzarlas, con la elaboración de los presupuestos y la asignación de los recursos necesarios para poner en práctica dichas estrategias, obteniendo como producto el Plan General de Acción, y las líneas de acción que orientaran la programación detallada y que debe ser hecha por las instituciones responsables.

La implementación implica la gestión cotidiana de los programas y de los servicios y la vigilancia permanente de las actividades para que se desarrollen según los planes trazados y los plazos previstos.

La evaluación debe ser permanente para garantizar el cumplimiento de los objetivos con la calidad requerida.

De acuerdo a los estudios e investigaciones realizadas sobre planificación tanto general como específica de la fuerza de trabajo, la que tiene poco desarrollo al momento actual es la planificación de la fuerza de trabajo.



H I P O T E S I S

## HIPOTESIS

- 1) El proceso de planificación de la fuerza de trabajo en el MINSA ha tenido un desarrollo desigual y contradictorio.
  
- 2) El proceso de la planificación de la fuerza de trabajo ha estado desvinculado del proceso general de la planificación sanitaria.

M E T O D I C A

## V. METODICA

### 5.1 Tipo de Estudio

Frente a la situación de no tener estudios previos, escasa bibliografía y por la complejidad del problema nos propusimos realizar un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y retrospectivo que permitiera caracterizar el proceso de planificación de recursos humanos de salud en el MINSA.

### 5.2 Universo

Para este estudio fueron seleccionados los sujetos que estuvieron involucrados en el proceso de la planificación en el MINSA en el período 1979-1987 desde dos perspectivas como sujeto individuales y como sujeto institucional a través de los documentos elaborados.

### 5.3 Metodología

Por lo señalado anteriormente, el trabajo se articuló en la lógica que recorre todo el proceso, que ha sido la organización que ha tenido el MINSA durante este período y de esta manera se articulan las unidades de observación y de análisis.

Las unidades de observación se definieron a través de una revisión preliminar donde se realizó una cronología, sistematizando la información por años es decir lo que se refería a cada año desde 1979-1987, lo que permitió que se definieran los períodos a ser analizados de acuerdo a las características que presentaba la información de cada año, y es así que se seleccionaron 4 períodos:

- . 1979 como el período inicial de la planificación y organización del MINSA y sus antecedentes.
- . 1980-1983 como el segundo período, dividiéndolo en dos sub-períodos 1980-1981 y 1982-1983 por encontrar similitud en los mismos y por las características propias y la reorganización que sufrió el MINSA.
- . 1984-1986, tercer período en que se acrecienta la agresión donde hay que disponer todo en función de la defensa y a los cambios y transformaciones en que se enmarca el MINSA para dar respuesta al momento.
- . 1987 el momento actual que está enmarcada en un desarrollo en cuanto a la planificación de Recursos Humanos con la elaboración del Plan Quinquenal de desarrollo de la fuerza de trabajo.

En relación a las unidades de análisis están referidas a las componentes del proceso de planificación de Recursos Humanos como son: la formación y la capacitación, utilización, distribución y administración de la fuerza de trabajo.

Las diferentes fuentes de información consultadas se pueden agrupar en fuentes primarias que fueron las entrevistas y secundarias que son los documentos institucionales del MINSA.

Nos propusimos identificar a través de los sujetos que participaban en este proceso como es dicho proceso, mediante entrevistas y documentos.

Se revisaron los documentos generales del MINSA entre ellos: los planes de salud desde 1980 hasta 1987, circulares y resoluciones ministeriales relacionados específicamente sobre recursos humanos (ver ane

xo 1). En base a una matriz (ver anexo No. 2) donde se plasmaron las informaciones que abarcaban diagnóstico, políticas, programas y estructuras para identificar los elementos que componían el proceso de planificación.

La información recolectada a través de la revisión de documentos y entrevistas realizadas se procesó y sistematizó identificando las etapas del desarrollo de la práctica de planificación de recursos humanos, los cambios ocurridos en el objeto de la misma, los sujetos o instituciones involucrados en el proceso y la metodología que implicó concepciones y métodos utilizados. También se identificaron las formas organizativas y los resultados de la planificación a través de sus determinantes históricos en la práctica institucional del MINSA en el período 1979 - 1987.

También se planificaron 35 entrevistas semi-estructuradas y grabadas de los cuales se realizaron 29 abarcando un 82.8% de cumplimiento, el incumplimiento de un 17.2% se dio a que los compañeros que serían entrevistados estaban fuera del país o tenían múltiples ocupaciones que impidieron efectuar la entrevista en ese momento.

Se dió una matriz que recibió la información de las entrevistas (ver anexo No. 3) y que abarcó las políticas generales, política específica de recursos humanos, la planificación y su metodología, la organización institucional y el sistema de información.

Estas entrevistas se efectuaron con personas que de una u otra manera estuvieron involucrados en el proceso de planificación de salud y de recursos humanos en el MINSA durante el período estudiado me

diante una guía elaborada previamente (ver anexo No. 4) fueron seleccionados asesores, ministros, directores y técnicos relacionados con el problema de estudio (ver anexo No. 5).

Se hizo un análisis entre lo que dijeron en las entrevistas y lo escrito en los documentos lo que nos hizo hacer una correlación sacando conclusiones inferenciales sobre éste proceso.

Para cada uno de los períodos se realizó un esquema del análisis de la información planteado de la siguiente manera:

1. Se hizo una referencia general de la coyuntura en cada período en el marco económico, político y social.
2. Se analizan las políticas generales de salud y las políticas específicas de la fuerza de trabajo.
3. Se analiza el desarrollo Fuerza de Trabajo en cada período en -- cuanto a formación y capacitación, distribución, utilización y lo referente a la administración de personal.
4. Aquí se plantea el desarrollo de la planificación en cuanto al -- aspecto metodológico y organizativo en sus distintos momentos.

Variables.

Como variables se estudiaron los distintos momentos del proceso de planificación referidas en la guía de las entrevistas tal como son:

- Diagnóstico
- Formulación de Políticas
- Implementación
- Evaluación.

R E S U L T A D O S



## 6.1) Génesis, desarrollo y desarticulación del estado somocista

Para comprender la naturaleza del estado nicaragüense antes del triunfo de la Revolución Popular Sandinista, hay que entender las raíces históricas y los factores que incidieron en su desarrollo desde el momento en que se iniciaron las transformaciones de la revolución liberal.

En 1893, con el triunfo de la revolución liberal llega al poder José Santos Zelaya, quien desde el gobierno posibilita a que se realicen transformaciones no sólo en el campo económico sino también en lo social, lo que se acompañó de la promulgación de una nueva constitución llamada "La Libérrima" que fué la expresión ideológica de la nueva clase en el poder basada en el capitalismo mundial en expansión.

Dicha constitución enfatizaba la propiedad privada y las libertades individuales, separó la iglesia del estado, prohibió la pena de muerte y se estableció la libertad de culto, de enseñanza, de asociación y el matrimonio civil.

El nuevo desarrollo económico basado en la hacienda cafetalera fué a su vez el elemento motor que permitió modernizar el aparato estatal que requirió impulsar nuevas vías ferroviarias, apertura y reparación de caminos, aumento por consiguiente de las vías de comunicación por el crecimiento de las oficinas de correo, teléfonos y telégrafos; se introdujo el alumbrado eléctrico en Managua y Chinandega. Es decir todas las obras de infraestructura tendientes a fa-

cilitar la comercialización principalmente del café nicaragüense (10).

La reforma liberal dió impulso definitivo al proceso de apropiación - expropiación modificando así el uso y la tenencia de la tierra, lo que implicó despojo de la misma a los pequeños campesinos - quienes servían de mano de obra a la producción del café (11).

Se producen importantes cambios en la estructura económica del país, que debido al dominio de la oligarquía ganadera se hallaba retrasada en relación con las otras Naciones Centro Americanas, quienes ya se habían insertado en el mercado mundial a través de la introducción - del cultivo y exportación del café.

El proyecto nacionalista, pretendía formar un sector económico - dominante, que pudiera hacer avanzar a Nicaragua en la vía del desarrollo capitalista de forma independiente, ya que, incluso se colocó como propósito la construcción del canal interoceánico por Nicaragua, en el que participaron las principales potencias capitalistas de la época, lo que generó contradicciones con los Estados Unidos. (12).

Es así que en 1909, el gobierno norteamericano desarrolla todo - un proceso de desestabilización del gobierno de Zelaya que concluye con el desembarco de marines en el país y éste es obligado a renunciar después del envío de la NOTA KNOX por el secretario de estado - norteamericano del mismo nombre.

Con la salida de Zelaya, del gobierno, Estados Unidos interviene no sólo militarmente, sino sobre todo el proceso de reforma de la

cilitar la comercialización principalmente del café nicaragüense. (10).

La reforma liberal dió impulso definitivo al proceso de apropiación - expropiación modificando así el uso y la tenencia de la tierra, lo que implicó despojo de la misma a los pequeños campesinos quiénes - servían de mano de obra a la producción del café. (11).

Se producen importantes cambios en la estructura económica del país, que debido al dominio de la oligarquía ganadera se hallaba retrasada en relación con las otras Naciones Centro Americanas, quienes ya se habían insertado en el mercado mundial a través de la introducción del cultivo y exportación del café.

El proyecto nacionalista, pretendía formar un sector económico dominante, que pudiera hacer avanzar a Nicaragua en la vía del desarrollo capitalista de forma independiente, ya que, incluso se colocó como propósito la construcción del canal interoceánico por Nicaragua, en el que participaron las principales potencias capitalistas de la época, lo que generó contradicciones con los Estados Unidos. (12)

Es así que en 1909, el gobierno norteamericano desarrolla todo un proceso de desestabilización del gobierno de Zelaya que concluye con el desembarco de marines en el país y éste es obligado a renunciar después del envío de la NOTA KNOX por el secretario de estado norteamericano del mismo nombre.

Con la salida de Zelaya, del gobierno, Estados Unidos interviene no sólo militarmente, sino sobre todo el proceso de reforma de la -

revolución liberal con el objeto que no se diera la posibilidad de un retorno de dicho proyecto, incluso es enviado, Mister Dawson para concretizar la propuesta.

A partir de ese momento el gobierno norteamericano interviene en la reestructuración del estado colocando al frente de las principales instituciones públicas funcionarios norteamericanos y nicaragüenses opositores a la reforma liberal que se prestaron a la maniobra yankee. (conservadores). (13)

En pocos meses de dicha administración conservadora se dieron empréstitos desfavorables con la casa bancaria BROWN BROTHERS & SELIGMAN, hipotecando a cambio las rentas aduaneras, el ferrocarril; sediendo incluso el usufructo del mismo, y en ambas instituciones fue nombrado un administrador yankee. Se entregó el 51% de las acciones del Banco Nacional, y las finanzas y la vida económica del país quedaron bajo el control de una comisión "Mixta" cuyos miembros eran nombrados por el departamento de estado. (14)

Este proceso de intervención norteamericana generó focos de resistencia entre el pueblo que llegaron incluso a acciones de carácter militar frente a la cual se colocó el General Benjamín Zeledón; lo que provocó desestabilización del gobierno conservador Adolfo Díaz y la entrada en mayor escala de los marines norteamericanos al país, el 4 de agosto de 1912. (15)

Intervenido directamente el país por los Estados Unidos a partir

de este año, se comienza a experimentar un período de estancamiento económico e inestabilidad política, cuyo estallido se explicitará con la gloriosa gesta de Liberación Nacional encabezada por el General Augusto César Sandino, quién los expulsa en 1933.

Al retirarse los marines la dominación imperialista adquiere una expresión orgánica en el país a través de la creación de la Guardia Nacional nombrando a Anastasio Somoza García, Jefe Director de la misma, como una forma de prolongación directa de la intervención imperialista y en representación de sus intereses y de los sectores dominantes locales, cuya debilidad e incapacidad para resolver el problema de la intervención americana, los colocaba subordinados al nuevo eje de poder político: La Guardia Somocista. (16)

Es sobre la base de la guardia nacional que comienza a gestarse el carácter del estado somocista que está determinado por la consolidación de la misma como aparato de dominación extranjera. (17).

Es así que comienza a constituirse la fracción somocista como un poderoso grupo económico y político, que concedió a los Estados Unidos amplios derechos para la utilización estratégica de nuestro territorio en aras de la "DEFENSA CONTINENTAL".

Internamente el dictador y su grupo se aprovecharon de la situación para iniciar un proceso de enriquecimiento personal a través de métodos fraudulentos, mediante el control de impuestos sobre negocios ilícitos (alcohol, prostitución, etc.), la expropiación de haciendas cafetaleras a ciudadanos alemanes, utilización ilegal de las

rentas del estado para uso de sus propios negocios y restricciones comerciales arbitrarias a sus adversarios económicos. Incluso estableció un estricto control político sobre instituciones estatales como el Banco Nacional, El Ferrocarril, La Empresa Aguadora, Aduanas, etc., como una continuidad de la estructuración del estado que habían venido desarrollando los norteamericanos en el país. (18)

La política económica somocista desde la perspectiva señalada anteriormente es antinacionalista, lo que se ve reflejado en la explotación que se permitió a las compañías extranjeras de los recursos minerales, forestales, penetración y control mayoritario de capital extranjero en el sector industrial, establecimiento de enclaves industriales y financieros desarticulados del resto de la economía y el mantenimiento de un control absoluto sobre el ejército. (19)

En lo político la institucionalización de la dictadura militar somocista se da a partir de la organización del partido liberal somocista como el órgano político que le permitirá un control absoluto sobre los poderes del estado y las instituciones públicas. (20)

Para 1950 se da un período de expansión económica sobre la base del cultivo y exportación del algodón dando lugar a transformaciones fundamentales en la base económica social del país lo que conllevaba a la creación de grupos financieros (BANIC, BANAMERICA) e incidiendo en la modernización del aparato estatal. (21)

En este proceso el grupo Somoza se reafirma no sólo en su papel

económico sino en su papel político que se confirma con el "Pacto de Los Generales", lo que facilita la expansión de sus empresas en la base de los mecanismos de expropiación, acelerando así el proceso de proletarización en la agricultura, las migraciones, y en el mismo desarrollo de las ciudades que con la agroexportación se expresaba la sobre explotación del trabajo (22).

El desarrollo del capitalismo en la agricultura expulsó cantidades de trabajadores a las ciudades las cuales integran un contingente de subempleados de más del 30% de la fuerza de trabajo y el desempleo abierto alcanza el 40%. (23).

La fuerza de trabajo agrícola proletaria provenía de tres estratos:

1. Del estrato campesino pobre de tierras marginales que trabajaban estacionalmente en el cultivo de café, algodón y caña de azúcar.
  2. El de las capas desocupadas de las ciudades de los pequeños artesanos o bien del trabajo doméstico que en un momento determinado, viviendo en las ciudades iba a cortar caña o algodón en busca de una mejor remuneración.
  3. Aquel que se ha convertido en proletario en forma estable.
- (24).

El desarrollo del capitalismo implicó contradicciones tanto al interior de la clase dominante como entre ella y los sectores explotados, profundizándose éstas por las expropiaciones masivas de tie-

rras que provocaron la proletarización de muchos campesinos que fueron relegados a las peores condiciones por los productos de exportación que reclamaban mejores tierras, insumos, financiamiento y tecnología, redes de comunicación e infraestructuras. (25)

La respuesta del campesinado a estas expropiaciones fue la rebelión, interviniendo el estado somocista a favor de los capitalistas reprimiendo así al pueblo, represión que le caracterizó pero que sin embargo la resistencia popular y el deseo de lucha se hizo sentir en contra del sistema de explotación y opresión.

En la década del 60 el país adquiere un nuevo impulso de expansión económica en el contexto del proyecto centroamericano de integración económica y penetración directa del capital extranjero que era parte del proyecto contrarrevolucionario impulsado por el gobierno norteamericano y que se conoció como "La Alianza para el Progreso".

El proceso integracionista de "Industrialización" a través de la sustitución de las importaciones estuvo expresado por:

1. Crecimiento de las actividades industriales con el apoyo directo y hegemonía del capital extranjero.
2. Agudización del carácter dependiente de la economía.
3. Implantación de tecnología moderna que agudiza el desempleo del sector industrial y de servicio.
4. Crecimiento del aparato estatal y de sus funciones económicas por aumentar los gastos del gobierno. (26).



A pesar de este aparente "boom" económico las contradicciones del modelo que se venía desarrollando comenzaron a presentarse a corto - plazo lo que se expresó en las tendencias de las crisis económica estructural que se concretaron en la economía nicaragüense por un agotamiento del modelo de acumulación de capital basado en la agroexportación y en la sustitución de importación; manifestándose por el estancamiento de la inversión, acortamiento de los ciclos económicos, agudización de los problemas agrarios, deterioro de los salarios reales y el incremento del desempleo.

Es en este contexto en que surge el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN)

La estructura de la fuerza de trabajo en el año 70 estaba compuesta por un sector agropecuario moderno y tradicional del 52% y un sector no agropecuario formal e informal de un 48%. El proletariado industrial estaba en formación predominando aún el artesano. (27).

El déficit fiscal para 1972 fue de 220 millones de córdobas pasando a 950 para el 77; la deuda externa pasó de 200 millones de dólares en 1972 a 800 millones en 1977 aumentándose a principios de 1979 a 1150 millones de dólares, este aumento tiene como consecuencia una gran profundización de la dependencia económica de Nicaragua. (28)

En los establecimientos industriales y de servicios se organizaron sindicatos que tenían fines limitadamente reivindicativos, las huelgas eran reprimidas desde sus inicios, el total de sindicatos existentes no sobrepasaban los 170 en todo el país; había interferen

cia constantes de las centrales y de los sindicatos smocistas y una escasa vinculación entre el movimiento sindical y los partidos.

Había dificultad del movimiento revolucionario para ligarse a los sindicatos. Los trabajadores tenían temor a participar en actividades políticas a partir de los sindicatos o a partir de las fábricas; por miedo a ser despedidos de sus centros de trabajo. (29)

En síntesis los mecanismos de represión desarrollados por el Smocismo, limitaban los mas elementales derechos de la ciudadanía tal como se expresaba el ejercicio del periodismo que se vió marcado por las desviaciones del propio sistema dividiéndolo en periodismo oficialista y opositor con diferencia en el aspecto moral pero con hábitos y técnicas de trabajo similares ejemplo: amarillismo, sensacionalismo, características burguesas de los medios masivos de comunicación que se correspondía a los intereses de la dictadura. (30)

Desde el punto de vista de la política social, la educación en el régimen smocista tenía el más alto índice de analfabetismo (52%) de América Latina y particularmente de Centro América.

El sistema educativo era totalmente deficiente en cuanto a su productividad, de cada 100 niños que comenzaban la escuela primaria, solo 21 terminaban el 6to. grado. (31)

En el nivel medio el 1% de los jóvenes se encontraban estudiando una carrera técnica de tipo agrícola y otro 1% en una carrera técnica industrial. (32)

En la enseñanza superior la planificación de las carreras universitarias no respondían a las necesidades del desarrollo nicaragüense sino al desarrollo y consolidación de una estructura socio-económica injusta. (33)

En términos de las condiciones de vida, en el área urbana el 53% de la población cuenta con servicios de agua potable domiciliar y un 21% de sistema de alcantarillado; en el área rural que representa el 52% de la población sólo el 1% reciben servicio de agua. (34)

La vivienda del área urbana y rural era insuficiente en cantidad y calidad; existía una débil organización familiar con un alto porcentaje de ilegitimidad.

El sistema de vivienda de los campamentos eran deficientes: favoreciendo la transmisión de plagas y enfermedades producto del hacinamiento y de las condiciones insalubres de los mismos. (35)

#### 6.1.1 - Organización del sector salud en el comunismo.

Desde el punto de la salud de la población los datos que reflejaban el daño a la salud presentaban de manera homogénea a toda la sociedad sin distinciones de clases sociales.

Según cifras de CELADE la mortalidad general es de 16.4/1000 hab, la mortalidad infantil de 120/1000 nacidos vivos y la mortalidad materna 1.9/1000 nacidos vivos, la esperanza de vida para ambos sexos 52.9 años. El 46% de las defunciones en el país ocurren en menores de 15 años. (36)

Las principales causas de mortalidad infantil son las enfermedades prevenibles por vacuna, desnutrición proteico calórica y las de origen entérico, el INCAP consideró que el 2% de los menores de 5 años tiene un grado importante de desnutrición.

La morbilidad registrada señala mayor prevalencia e incidencia en las enfermedades de las vías respiratorias superiores, diarreas entéricas, paludismo que afecta al trabajador agrario y su familia y la tuberculosis.

La cobertura geográfica de la infraestructura física de salud es de un 60%, y la programática es reducida, en atención materno infantil sólo un 20% de la embarazada recibe algún tipo de atención y los menores de 5 años un 20%. (37)

El sector salud está organizado institucionalmente de la siguiente forma:

1. Sector estatal integrado por 23 instituciones.
  - Ministerio de Salubridad Pública.
  - Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS).
  - Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS) en un total de 19 de las cuales se destacaba la Junta de Managua.
  - Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).
  - Hospital Militar.
  
2. Sector privado constituido por consultorios y policlinicas de médicos los que en su gran mayoría mantenía relaciones de tra-

bajo con alguna institución estatal. Esta medicina privada brindaba servicios a la pequeña burguesía y en general aquellos sectores que disponían de recursos económicos. Se apoyaban en el sistema hospitalario de las Juntas Locales, ya que entre el 20% y el 40% de las camas hospitalarias eran designadas a los privados. En los últimos años de la década de los 70 se desarrollaron algunos hospitales de baja tecnología. También existían otros servicios como: Laboratorios, farmacias y de radio diagnóstico lo que se concentraban principalmente en las ciudades del pacífico.

3. Sector de medicina popular constituídos por curanderos, parteras empíricas, magos, hechiceros y espiritistas, que funcionaban principalmente en las zonas marginales del país. (38)

Dentro de las atribuciones que el Ministerio de Salubridad Pública desarrollaba encontramos acciones de medicina preventiva, programa materno infantil, inmunizaciones, enfermedades venéreas y desnutrición que no alcanzaban cobertura integral.

Las acciones que se hacían en las áreas rurales eran en zonas donde las fuerzas revolucionarias se estaban fortaleciendo ya que permitía con procedimientos sutiles el control y la denuncia de las acciones revolucionarias. (39)

Este ministerio cuenta con 110 centros de salud de diferentes tipos, especiales, departamentales y municipales, existen 110 puestos

de salud que son visitados por las unidades móviles sanitarias (PUMAR).

El presupuesto en 1975 representó un 10% en total de los gastos del gobierno central es decir 113.5 millones de córdobas. Contaba con un total de fuerza de trabajo en salud de 2,356 empleados entre profesionales, técnicos y personal de servicios. (40)

Las acciones de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), estaban encaminadas a controlar los servicios médicos de todos los hospitales del país y les asignaban parte de los fondos para su funcionamiento. Controlaban el Centro Dermatológico y la Granja Esperanza, además coordinaba y supervisaba técnicamente los hospitales y los servicios médicos del INSS a través de la Dirección de asistencia médica, en sus tres aspectos: Asistencia social, asistencia médica y seguros sociales.

Las Juntas Locales de Asistencia Sociales (JLAS) que eran 19 -- estaban destinadas a la asistencia de indigentes. Eran autónomas -- entre sí, tenían diferentes procedimientos administrativos, gran variedad de salarios; no tenían capacidad de proporcionar la cobertura a que estaban destinadas y no ejercían ninguna función preventiva ya que solamente eran responsables administrativos. Para 1978 se contaba con 4409 camas censables a nivel hospitalario.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), era una -- institución que protegía únicamente el 16% de la población económicamente activa, el 8.4% de la población en general; de éstos el 30.7%

correspondían a trabajadores directamente productivos y 66% estaba empleado en el sector de servicios. (41)

El INSS desarrolla programas de atención médica para los trabajadores asegurados los hijos hasta los 2 años y la esposa durante la gestación el parto y el puerperio. También brinda compensación económica por incapacidad del obrero que presenta problemas de salud. (42)

Estos sistemas de seguridad social surgen como parte de una política de corte capitalista definido, cuyos objetivos fundamentales era privilegiar a la burocracia estatal y el sector productivo más especializado para racionalizar al máximo la durabilidad y explotación de esa fuerza de trabajo y así generar una dinámica de consumo costosa tanto en la población como en el sector médico, creando una serie de hábitos que únicamente favorecen a las corporaciones multinacionales de la medicina, con algunos profesionales de la salud que aumentan en gran medida los costos de la gestión de salud. (43)

El Hospital Militar producto de la falta de datos registrados no es posible caracterizarlo.

Referente a la fuerza de trabajo en salud, Nicaragua dentro de los países de América Latina tenía durante el somocismo los indicadores más bajos en cuanto a profesionales médicos y especialistas por habitantes, dado el pobre desarrollo de las instituciones en salud.

### 6.1.2 Formación de recursos humanos en el somocismo

En lo relativo a la formación de los recursos humanos podemos decir que el sistema brindaba poca oportunidad hacia la especialización, no existía formación en salud pública y el aparato formador de especialistas estaba limitado a dos hospitales.

El personal de enfermería se formaba en la Escuela Nacional de Enfermería único órgano gubernamental y otros centros por organizaciones de orden religioso entre ellas la Escuela de Enfermería del Hospital Bautista, la Moraba "RUTH SETHALLER" que fue la primera en el país y la del Hospital Adventista. (44). Podemos señalar que el número de cupos de ingresos para los estudiantes era bien limitado por el poco desarrollo de dichas instituciones.

En un intento de integrar un aparato formador de recursos humanos se formó el Instituto Nicaragüense de Recursos Humanos en Salud (INRHUS) conformado por las instituciones estatales de salud orientado a la formación de Auxiliares de Enfermería, técnicos en salud comunitarios, educadores, inspectores de saneamiento y promotores rurales de salud.

### 6.1.3 Administración de la fuerza de trabajo en salud en el somocismo.

Referente a la administración de la fuerza de trabajo en salud podemos señalar que la fuerza de trabajo del sector tenía una mayor concentración de recursos en el pacífico, cuya práctica en 89% la -



ejercían en el sector hospitalario tanto los médicos como el personal de enfermería. La atención en las áreas desprotegidas se cubría con personal de servicio social. Las categorías de las fuerzas de trabajo eran reducidas, médicos 30% del total y auxiliares de enfermería un 43%.

Esto está reflejado en la siguiente table. (36)

PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICOS EN MATERIAS DE SALUD  
CARGOS PROPIOS  
AÑO 1978

PROFESION	TOTAL	%
Médicos	1,311	30
Odontólogos	155	3.5
Farmacéuticos	34	0.7
Tecnólogo Médico	72	1.6
Enfemera	379	8.7
Auxiliar de Enfermería	1,873	43.1
Nutricionista	3	0.06
Trabajador Social	27	0.6
Técnico de Laboratorio	124	2.8
Auxiliar de Laboratorio	50	1.1
Técnico de Anestesia	52	1.2
Técnico Fisioterapia	24	0.5
Técnico Aux. Rayos X	97	2.2
Técnico Aux. Registros Médicos y Estadísticas	4,336	100

FUENTE: Publicaciones estadísticas JNAPS, JIAS, INSS, Ministerio de Salud Pública

El sistema de contratación, permitía la contratación múltiple por los escasos mecanismos de supervisión sobre la utilización de la fuerza de trabajo; también se observaba la diferencia de pagos y salarios entre una institución y otra, e incluso entre las mismas instituciones de los diferentes departamentos. Así mismo se daban nombramientos sin físico; el INSS era la institución que tenía mejores salarios. (45).

## 6.2) Organización del Estado Sandinista

La victoria del pueblo bajo la conducción vanguardizada por el Frente Sandinista de Liberación Nacional, implicó la destrucción del Estado Somocista principalmente los aparatos represivos como: La Guardia Nacional (G.N.), la Oficina de Seguridad Nacional (OSN), la Escuela de Entrenamiento Básico de Infantería (EFBI), también la del aparato jurídico político con sus estructuras de poder y la de otros organismos que sustentaban el somocismo.

Todo esto conllevó a la instauración del poder popular bajo la política de unidad nacional y los principios de economía mixta, pluralismo político y no alineamiento. Se crean las fuerzas armadas sandinistas nacidas y desarrolladas durante la lucha revolucionaria constituyéndose así el Ejército Popular Sandinista, la Policía Sandinista y las Milicias Populares Sandinistas. (46)

Surgen los nuevos organismos del gobierno revolucionario, entre los cuales está la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional, que es el ejecutivo, las Juntas Locales de Gobierno, el Consejo de Estado y los Tribunales de Justicia. (47)

Se inicia así la creación de nuevas leyes, y se dan las primeras transformaciones políticas, ideológicas, económicas y sociales para ir dando pasos en la formación de la nueva sociedad.

Las organizaciones que surgieron en la lucha popular contra la

dictadura, comenzaron a desarrollarse más ampliamente, luego del --  
 triunfo por la libertad de organización que garantizó la revolución;  
 cada una de ellas representa a un sector de la sociedad: los Comité  
 de Defensa Sandinista (C.D.S) es la organización territorial de la -  
 sociedad a nivel urbano, la Asociación de Trabajadores del Campo ---  
 (A.T.C.) a los trabajadores agrícolas, la Juventud Sandinista 19 de  
 Julio (JS19J) a la juventud, la Federación de Trabajadores de la --  
 Salud (FETSALUD) a los trabajadores del sector salud, la Asociación  
 de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE) a las mujeres,  
 la Asociación Nacional de Educadores Nicaragüenses a los maestros, -  
 etc. (48).

En el título III del Estatuto Fundamental decretado por la Junta  
 de Gobierno de Reconstrucción Nacional (JGRN), se establecieron las  
 bases jurídicas para la nueva organización del estado, la cual se -  
 comenzó a desarrollar primero con la nacionalización del sistema fi  
 nanciero, continuándose con la creación del Instituto Nicaragüense -  
 de Reforma Agraria, se origina también la ley para la creación del -  
 Sistema Nacional Unico de Salud y de la ley provisional para los me-  
 dios de comunicación. Se crea el Ministerio de Defensa, el de Indus-  
 tria, Comercio Interior, y el de la Costa Atlántica (INNICA) con el  
 objetivo de lograr la integración del sector atlántico a la vida na-  
 cional el cual estuvo marginado por muchos años.

Las nuevas instituciones surgieron de las bases de unidades admi  
 nistrativas ya existentes como la Educación y el Instituto de Refor-  
 ma Agraria, no así otras instituciones que se originan a partir de cero

como fue la cultura y la planificación, todo en función de ser instrumentos eficaces de cambios sociales de acuerdo a los objetivos de la revolución. (49)

Todo este proceso de transformación del estado se da en función de crear las condiciones de poder intervenir en la economía, lo cual se hará de una manera planificada. La primera experiencia de planificación de la economía en el período revolucionario se realizó en el segundo semestre de octubre de 1979 con la elaboración del PROGRAMA DE REACTIVACION ECONOMICA EN BENEFICIO DEL PUEBLO PARA EL AÑO 1980, lo que significó un esfuerzo compartido de técnicos y asesores del estado; representantes de las organizaciones populares y de incluso consultas realizadas con la empresa privada. (50).

En este primer plan una de las prioridades del gobierno revolucionario fue la reconstrucción de la economía nacional, el que se acompañó de un conjunto de planes y programas para elevar el nivel de vida de los sectores populares, supliendo sus necesidades básicas como: salud, alimentación, vivienda, transporte, etc. Con estos propósitos se inicia el proceso de reactivación económica en el sector agropecuario y la explotación de los recursos naturales; se orienta el comercio exterior y las relaciones económicas financieras a nivel internacional para tratar de reducir la dependencia y poder controlar las importaciones ya que así se garantizaría el consumo de los bienes básicos de la población; mediante el Comercio Interior se controlan los precios de los alimentos y además de eso se subsidia el transporte.

La reactivación del sector productivo abrió nuevos empleos, mejores condiciones de trabajo y un incremento del presupuesto para el campo social. Es así que se crea el fondo para combatir el desempleo, con los fondos generados del treceavo mes que incluyó también al sector privado. (51).

#### 6.2.1 Transformación del Sector Salud.

En el campo de la salud el proyecto de la Revolución Popular Sandinista, es la creación y desarrollo de un Sistema Nacional Único de Salud, que debería estar regido bajo los siguientes principios:

1. La salud es un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del estado y del pueblo organizado.
2. Los servicios de salud serán accesibles a toda la población en sus tres aspectos: Geográficos, económicos e ideológicos en términos culturales, materiales y políticos. Estará organizado por medio de la regionalización que coloca los servicios de salud en beneficio de la comunidad y da una mejor utilización de los recursos, jerarquizados según niveles de complejidad.
3. Los servicios de salud tienen un carácter integral.
4. El trabajo de salud debe realizarse en equipo: multiprofesional basado en los principios del trabajo-aprendizaje, trabajo colectivo y trabajo participativo.
5. Las actividades de salud deben ser planificadas.

6. La comunidad organizada debe participar en todas las actividades del sistema de salud. (52)

Para concretizar el desarrollo de este sistema nacional único de salud, se crea el Ministerio de Salud (MINSA) a través del decreto - número 35 publicado en la Gaceta número 7 del veintidos de agosto de mil novecientos setenta y nueve, el cual se encargaría de poner en práctica la política del gobierno revolucionario que considera -- como prioridad esencial elevar el nivel de salud y bienestar del -- pueblo de Nicaragua, procurar la racional integración de los servi-- cios de salud y bienestar social, lo cual es coincidente con las pro-- posiciones de la OMS/OPS, de integrar los servicios de salud en un - sistema nacional único para que constituya un instrumento en la ele-- vación del nivel de salud de los pueblos. (53)

Esta política gubernamental tenía su fundamento en el proyecto - histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional donde estable-- cía el compromiso de "PRESTAR ASISTENCIA MEDICA GRATUITA A TODA LA - POBLACION". Instalar clínicas y hospitales en todo el territorio na cional. Empezar campañas masivas para erradicar las enfermedades endémicas y prevenir las epidemias. (54)

Todo esto significó el reordenamiento de todo el complejo técni-- co burocrático y de servicios, en un proceso de antagonismo con las estructuras todavía persistentes del régimen anterior, por lo que fué necesario hacer cambios en toda la estructura del poder, en los siste-- mas de contabilidad y de administración de personal, de informática

y estadística, en el sistema de compras, suministros y mantenimiento.

La creación del MINSA fue la base legal para la instalación de un nuevo aparato estatal en el sector salud y la base técnico-administrativa para la satisfacción crecientes de la población a través de una administración científica de los servicios de salud. (55).

En la ley orgánica del MINSA Decreto #1030 se señala que éste es el órgano rector del gobierno responsable de proponer, ejecutar, controlar y aplicar, las políticas del estado en el área de salud - para lograr la mayor cobertura posible. También son atribuciones -- promover las actividades científicas e investigativas para la formación y desarrollo del personal de salud. (56)

El primer paso para la organización del MINSA se refleja en un organigrama provisional que se hizo en 1979 donde se reflejan: seis divisiones nacionales: atención médica, medicina preventiva, formación de recursos humanos, estadística, administración y finanzas y - la de medicamentos y equipos y sus direcciones departamentales (ver anexo # 7). (57)

Desde el punto de vista de la atención se propuso la organización de los servicios adscritos al Ministerio de Salud (MINSA) integrando los siguientes niveles:

1. El Nivel de Area de Salud, las áreas de salud son comunidades de 20 a 30 mil habitantes con límites geográficos delimitados, cuya unidad básica es el Centro de Salud. Se divide en sectores de -



3,000 hab. que son atendidos por Puestos de Salud.

2. El Nivel Regional tiene hospitales, laboratorios y unidades docentes de formación de recursos humanos.
3. El Nivel Central constituido por hospitales de especialidades, el laboratorio central de medicina preventiva y unidades nacionales de formación de recursos humanos. (58).

Basados en los principios del SNUS se establecieron las políticas que se concretaron en un plan para resolver los problemas de salud de la población encontrados al triunfo de la revolución. Estas políticas fueron las siguientes:

1. Llevar la salud al campo.
2. Organizar los servicios de salud acorde a las nuevas condiciones producidas por la revolución sandinista siguiendo tres pasos fundamentales:
  1. Estructurar el MINSA y sus dependencias partiendo de su regionalización.
  2. Crear y desarrollar las Regiones
  3. Crear y desarrollar Areas de Salud.

3. Elaborar y ejecutar los programas de medicina preventiva con --  
énfasis en la vacunación, letrificación, atención a la malaria,  
tuberculosis y salud ocupacional.
4. Desarrollar la planificación como elemento esencial del trabajo  
científico en el Ministerio de Salud.
5. Confeccionar los anteproyectos de leyes y reglamentos necesarios  
para el funcionamiento adecuado del MINSA y solicitar su aproba-  
ción a la J.G.R.N.
6. Consolidar la participación de la comunidad organizada en las -  
actividades de salud.
7. Fomentar los recursos para el MINSA de acuerdo al plan de extensión  
de cobertura.
8. Establecer en forma definitiva una política con respecto a los -  
medicamentos.
9. Desarrollar una política en el campo internacional para buscar  
recursos humanos y financieros. (59).

Sin embargo, concretizar la política de salud conllevaba una serie de contradicciones objetivas, dadas las limitaciones de la infraestructura, en términos de: instalaciones físicas, tecnología heredada y los pocos recursos humanos, ya que producto de la guerra esto se vio agravado con la destrucción de hospitales y centros de --

salud lo que implicó la ocupación de casas particulares pertenecientes a señoras, moteles y otros centros que los organismos de masas reacondicionaron para la formación de centros y puestos de salud, en Managua, Masaya, Jalapa, Wiwilí, Pueblo Nuevo; otros fueron construidos nuevos como el de Ciudad Sandino y Granada. (60).

Esta dinámica creciente de la red de servicios llegó a triplicar las en todo el territorio nacional lo que se dió en respuesta a la demanda de servicios de salud de parte de la población, lo que generó la urgente necesidad de mayores requerimientos de fuerza de trabajo en salud implicando a la vez la movilización del personal de salud del Pacífico hacia el interior del país por medio de las Brigadas de Salud conformadas en ese momento.

Frente a todos estos problemas el gobierno revolucionario, buscó apoyo internacional lo que se concretó a través de dos aspectos:

1. Por la cooperación internacionalista de Cuba y otros países que enviaron brigadas de recursos humanos integradas por médicos, -- enfermeros y técnicos en salud.
2. La firma de préstamos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la construcción de 4 nuevos hospitales y 181 puestos de salud con camas en Moyogalpa, Tecolostote y el Viejo. (61)

Internamente para solucionar el déficit de recursos humanos se orientó, priorizar la formación de enfermeras y auxiliares de enfermería, las instituciones formadoras hicieron un diagnóstico en los -

hospitales del país, detectándose así las necesidades de los distintos perfiles y de la infraestructura necesaria para dicha formación.

#### 6.2.2 Formación de recursos humanos.

Se crea la división de Recursos Humanos e Investigación del MINSA con su estructura y programas de trabajo que estaba integrada por las siguientes áreas:

- Área de Docencia Médica Superior e Investigación
- Área de Docencia Médica Media
- Área de Educación y Cultura Popular
- Área de documentación e información. (62) (Ver anexo No. 8).

Esta estructura generó un programa nacional de formación y capacitación de recursos humanos planteándose los siguientes objetivos:

1. Formar técnicos y auxiliares
2. Incrementar el número de estudiantes en la carrera de salud.
3. Instalar los tres últimos años de medicina en Managua.
4. Formar los especialistas de las cuatro ramas de la medicina:
  - Cirugía, Medicina, Pediatría y Gineco-Obstetricia.
5. Realizar un programa de educación continua. (63)

En septiembre de ese año se comenzó el programa nacional de formación regionalizado, creando las bases materiales, docentes y de recursos humanos ya que habían limitaciones de infraestructura docente pues anteriormente se utilizaban los hospitales, es así que se forman 13 unidades docentes departamentales para la formación de auxiliares

de enfermería, dos unidades docentes para enfermeras profesionales, y se funda el Instituto Politécnico de la Salud "LUIS FELIPE MONCADA" para impartir 7 carreras de enfermería, técnicos y auxiliares.

En octubre se procede al diseño general de la formación de personal técnico y auxiliar de salud donde Docencia Médica Media asume y elabora los perfiles de auxiliares de enfermería general, radiología, laboratorio clínico, dietética y trabajador sanitario. Además se elabora el de los técnicos de registros médicos y estadísticas de salud y de asistente dental.

Es así que se realizaron cursos de auxiliares en casi todo el país utilizándose como personal docente recursos que trabajaban en los hospitales y que estaban en su servicio social. Hay que señalar que el personal que se preparó inicialmente fueron auxiliares empíricas que existían en los hospitales antes del triunfo recibiendo una preparación de seis meses de estudio y tres meses de práctica.

NO SE HABIA HECHO UN ANALISIS DE NECESIDADES DE LA EDUCACION SUPERIOR, la primera discusión fue sobre la apertura de mayores cupos de ingresos a la universidad. En consulta con la Dirección Nacional se abre tres meses después iniciando las clases el nueve de octubre de 1979.

En relación a medicina se tomaron algunas decisiones, con miras a promover cambios fundamentales en la formación del nuevo tipo de profesional médico lo que implicó:

1. Diseño de nuevo curriculum y planes de estudio para la reapertura de la UNAN en octubre de 1979.

2. Definición de los perfiles profesionales.
3. Incremento del número de alumnos del primer ingreso de medicina a 500.
4. Apertura de la Escuela de Medicina en Managua para 1980.
5. Movimiento alumnos ayudantes. (64).

En ese mismo año un grupo de planeamiento dentro de la Educación Superior empezó a efectuar un análisis del funcionamiento de la misma haciéndolo global, general y particular en las Ciencias Médicas donde además de Medicina se analizó Odontología y Enfermería.

Todo esto no es ajeno al mismo desarrollo de la planificación en general, pues en este año se organiza el sistema de información a partir de los 23 pequeños sistemas uno por cada institución productora de servicios de salud que existían antes del triunfo.

De hecho, según entrevista, La verticalidad de los programas, impedían formar una unidad central de estadística, ya que cada programa tenía su propia unidad estadística y sus propios canales para el flujo de información.

El MINSA, en septiembre de 1979, creó la División Nacional de Estadísticas e Informática (DINEI) para estructurar el sistema de información en salud utilizando el personal de las instituciones desaparecidas.

También se organizó la Dirección de Educación y Comunicación ---

Popular en Salud, (DECOPS).

### 6.2.3 Administración de la fuerza de trabajo en salud.

Este aspecto, presentó las complejidades propias del proceso de integración de las 23 instituciones de salud existentes antes del -- triunfo en un solo sistema, por las implicaciones que esto representaba (diferentes formas de pago, sueldos fantasmas o nombramientos -- sin físico, irregularidades y desigualdades en los salarios). Otro aspecto de la administración de los recursos, consistía en la distribución de los mismos en el ámbito nacional todo en función de la nueva lógica de la organización de los servicios, ya que existía una alta concentración de los recursos en la capital de la república tal como se demuestra en las siguientes tablas:

Cuadro No. 1

PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO EN MATERIAS DE SALUD QUE  
LABORAN EN EL MINSA. 1979

P R O F E S I O N	T O T A L
Médicos	1,559
Odontólogos	149
Farmacéuticos	56
Técnicas Médicas	79
Enfermeras	660
Auxiliares de Enfermería	3,197
Nutricionistas	19
Trabajo Social	42
Técnico de Laboratorio	210
Auxiliar de Laboratorio	117
Técnicos de Anestesia	56
Técnicos Fisioterapeutas	18
Técnicos y Auxiliar de Rayos X	113
Técnicos en Registros Médicos Estadísticos	49
Educador en Salud	43
Inspector Sanitario	245
<b>T O T A L</b>	<b>6,612</b>

FUENTE: Boletín Estadístico #2, Mayo 1980.

Cuadro No. 2

PROFESIONALES Y TECNICOS EN SALUD. REGION III MANAGUA, 1979

PROFESIONALES Y TECNICOS	HOSPITALES	CENTROS DE SALUD PUESTOS DE SALUD	MUNICI- PIOS	TOTAL
Médicos	387	236	12	635
Odontólogos	1	44	3	48
Farmacéuticos	6	10	1	17
Tecnólogo Médico	39	8	-	47
Enfermeras	288	65	5	358
Auxiliares de Enfermería	955	308	27	1,290
Nutricionistas	5	1	-	6
Trabajador Social	24	1	-	25
Técnico de Laboratorio	36	48	3	87
Auxiliar de Laboratorio	23	23	1	47
Técnico de Anestesia	20	-	-	20
Técnico Fisioterapia	3	-	-	3
Técnico y Aux. de Rayos X	34	19	-	53
Técnico de Registros Médicos	6	3	-	9
Educador en Salud	-	13	2	15
Inspector Sanitario	-	59	7	66
Otros	1,945	521	34	2,500
<b>T O T A L</b>	<b>3,772</b>	<b>1,359</b>	<b>95</b>	<b>5,226</b>

FUENTE: Boletín Estadístico #1. Mayo 1980.

La Fuerza de trabajo en salud para 1979 era de 6.612 trabajadores que relacionados con la de Managua del mismo año representaba un 79% lo que indicaba que sólo el 21% cubrían el resto del país.



La siguiente tabla refleja el personal médico en sus diferentes categorías generales, residentes y por cada especialidad en ese momento que relacionada en el total de la fuerza de trabajo representa el 19%.

Cuadro No. 3

MEDICOS NACIONALES TITULADOSSEGUN ESPECIALIDAD 1979

<u>P R O F E S I O N A L E S</u>	<u>T O T A L</u>
Médicos Generales	311
Residentes	323
Pediatras	109
Gineco-Obstetricia	65
Cirugía General	48
Gastroenterología	18
Ortopedia	33
Urología	16
Oftalmología	20
Otorrinolaringología	13
Neurocirugía	13
Cirugía de Tórax	2
Psiquiatras	17
Cirugía Plástica	12
Medicina Interna	18
Cirugía Pediátrica	6
Cardiología	18
Anestesia	50
Radiología	19
Epidemiología	19
Dirección y Administración	64
Otros	71
<b>T O T A L</b>	<b>1,265</b>

De tal forma que las primeras medidas en términos de ordenar el proceso de administración de recursos humanos establecía la:

1. Instalación de un sistema simple de pago como era la planilla de pago.
2. Centralización de los recursos humanos dentro del gobierno central.
3. Realización de un consolidado nacional para el montaje de una nómina fiscal.

Paralelamente por la importancia que tienen los recursos de enfermería, se creó un departamento de enfermería, el cual realizó una contabilización de dichos recursos tomando en cuenta:

El número de dicho personal de cada institución de salud del país, las necesidades de cada centro y los déficit. Encontraron que existían 733 enfermeras profesionales; en nómina habían un total de 3,781 auxiliares de enfermería; lo que nos daba un indicador de 2.9 enfermeras por 10,000 habitantes y 12.1 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes, esto indicaba un déficit de personal de enfermería para atender las necesidades de salud del país. (65).

De acuerdo a entrevistas realizadas, manifiestan "que si bien en lo general estaban planteados los objetivos del proceso de desarrollo de los recursos humanos, en lo particular, existían contradicciones - lo que, tenía su base, en el poco conocimiento del desarrollo de los sistemas de salud, la escasa experiencia en la planificación de recursos humanos, lo que condujo a que el proceso tuviera un alto contenido de empirismo". (66).

### 6.3. Período años 1980 - 1983

#### 6.3.1 Contexto general del período

A partir del año 1980 se comienza a consolidar el proyecto revolucionario, donde el Estado avanzó en la estructuración de nuevas - instituciones y en la consolidación de su organización, coherente con las políticas del gobierno revolucionario.

Se dió una expansión del estado y se impulsó la participación -- consciente y organizada de las masas, especialmente los trabajadores, ya que habían vivido oprimidos durante el smocismo, expresándose - fuertes demandas sociales incrementadas incluso por la expectativas creadas por la misma revolución, lo que fue originado con la recuperación de la libertad de expresión y por la creciente fuerza de los canales populares para presionar por sus reivindicaciones.

Todo esto conllevó a orientar el programa nacional de vivienda en tres áreas básicas: reforma urbana, planificación y producción; así como también programas de emergencia para barrios marginados.

En la seguridad social se suprime la Ley Orgánica smocista elaborando una nueva, donde se enfatizan los objetivos sociales y restringiendo los asistenciales, ya que éstos estarían cubiertos por los servicios estatales del MINSA. Estos servicios forman parte importante de los objetivos que para el área social se fijó la JGRN, expresados en el Plan de Gobierno en la siguiente manera: "Se abrirá a --

todos los nicaragüenses la posibilidad real para el mejoramiento de la calidad de la vida, mediante el establecimiento de una política que tiende a erradicar la desocupación y que haga efectivo el derecho a la vivienda, la salud, la seguridad social, el transporte colectivo eficiente, la educación, la cultura el deporte y la sana diversión". (67)

En salud se consideró la necesidad de ampliar los servicios de medicina preventiva principalmente a través de las campañas de vacunación masiva a la población infantil y aumentar el control de las enfermedades transmisibles y aumentando la cobertura de la atención de salud en general.

La economía del país experimentó un nivel de reactivación notable, creciendo el producto interno bruto en un 10.7% en relación al año 1979, constituyendo así, una de las tasas más altas de los países Latinoamericanos en ese momento. (68)

También se restringió la inflación a un 27% controlándose los precios por parte del estado; ya que fueron subsidiados los granos básicos, el transporte, ferrocarril, agua, luz eléctrica y hubo reducción del sector financiero de veinte instituciones a cinco.

Se renegocia la deuda externa y se recibe la ayuda externa de 1,211.5 millones de dólares entre donación y nueva deuda contratada. (69).

En el campo se organizaron en cooperativas 73,854 campesinos y se crea la Unión de Agricultores y Ganaderos dando impulso a la reforma agraria. Es en este período que se da la integración del MIDA con el INRA formando lo que es el MIDINRA.

Se constituyó la comisión programática "Coordinadora de Empleo y Salario", que definió y operacionalizó la política salarial.

Los salarios es un componente de la política general de elevación del nivel absoluto de vida del 50% más pobre del país, con una redistribución del ingreso en favor de ellos, basados en los objetivos de garantizar el salario mínimo, defender el salario real y elevar el salario social, tomando como medidas básicas:

- 1) Establecer las normas, sectoriales y regionales precisas de la política de salarios mínimos.
- 2) Determinar los criterios y las formas concretas de las escalas salariales a nivel sectorial.
- 3) Determinar los criterios de normas de producción y productividad, además de las escalas salariales para los trabajadores.
- 4) Establecer los criterios con que se aplicará el antiguo código del trabajo, definiendo políticas de cómo el estado impulsará la política de negociaciones colectivas sobre salarios y beneficios sociales. (70)

El 24 de junio de 1980 con el decreto # 450 publicado en la gaceta # 1142 se nivelan los salarios a nivel nacional a todos los -

trabajadores que devengaban un salario menor de C\$1,200 córdobas.--  
El presupuesto para el área social es de C\$2,518 millones o sea el 28% del presupuesto total.

Es así que se realiza la Cruzada Nacional de Alfabetización, -- reduciendo la tasa de analfabetismo a un 12%. Se institucionaliza el Programa de Educación de Adultos y se realiza la Consulta Nacional - de Educación para definir los fines, objetivos y principios de la - Nueva Educación Nicaragüense.

También comienza la participación masiva del pueblo en las acti- vidades culturales; y se conforma el Consejo de Estado como la expre- sión representativa del nuevo modelo político que se estaba desarro- llando.

Todo el proceso de consolidación de la revolución pasa por las - contradicciones del modelo de unidad nacional producto del cual se - da la salida de dos miembros de la J.G.R.N. que fueron Violeta --- Barrios de Chamorro y Alfonso Robelo Callejas, tratando de bloquear el desarrollo del proyecto revolucionario nicaragüense. Es así que la contradicción de la Revolución Popular Sandinista con el imperia- lismo se acentúa y a partir de eso comienzan las amenazas de agresión, bloqueo económico y maniobras de desestabilización a la revolución. - Se inician las agresiones de la contrarrevolución produciendo dificul- tades en varias regiones del país; también se afecta en el financia- miento con algunos organismos internacionales y destrucción de algu- nas unidades de salud lo que obliga a elaborar planes de Emergencia

con intención de defender el poder revolucionario.

### 6.3.2 Caracterización del sub-período 80-81

Este sub período 80-81, está caracterizado por importantes logros en la reactivación económica, bastante apoyo por parte de la cooperación externa que de alguna forma reduce el impacto de la crisis económica rodeada por un ambiente de relativa PAZ, aunque ya hay focos de acciones contrarrevolucionarias; a pesar de que, ya se reconoce la necesidad de una mayor racionalización en el uso de los recursos, tal como se expresa en el Plan de Austeridad y Eficiencia.

El área propiedad del pueblo genera el 16% del P.I.B. del sector agropecuario; también se implantó el proyecto azucarero Malacatoya con un costo de 210 millones de dólares y se dió una recaudación tributaria de un total de C\$8,321 millones de córdobas.

Se crearon 112,000 nuevos puestos de trabajo, disminuyendo el desempleo al pasar de la tasa de desocupación del 28% al 17.5%. Se -- inicia la distribución en manos del estado a través de tiendas populares, supermercados y centros de abastecimientos populares para cumplir con los precios establecidos.

Sin embargo, falta definir en forma más precisa una política -- social coherente, que permita, por una parte, una mayor integración y coordinación entre las instituciones estatales y entre éstas y el pueblo organizado, para hacer llegar en forma más efectiva los beneficios

sociales a nuestro pueblo. Por otra parte, buscar los mecanismos más adecuados para integrar en forma plena a ese mismo pueblo en la solución de sus propios problemas. (71)

El INSSBI dió una cobertura de un millón de beneficiarios, el -- 90.3% de Seguro Social y el 9.7% para bienestar, pensiones especiales, atención a refugiados, programas de tutelaje, rehabilitación del menor, protección a la vejez, orientación y protección familiar, ayudas asistenciales y desarrollo de colonias vacacionales para trabajadores. (72).

Se dió una explosión educativa de 578.000 estudiantes en 1979, a 843.000 en el período dándose un aumento del 68% por la gratuidad - de la educación y la ampliación de la infraestructura logrados en la revolución. Se ha invertido 138.6 millones de córdobas en escuelas e institutos. A la educación superior a través del CNES se le aumentó el presupuesto a 164 millones de córdobas.

Se pensaba en perspectivas de desarrollo del sector salud cuyo - propósito fundamental en salud era la extensión de cobertura por medio de los servicios de salud del MINSA, aunque existe poco conocimiento - de los problemas concretos de salud de la población se formulan programas, se organizan las áreas de salud, se inicia la formación de - recursos, las inversiones y la regionalización.

En este sub-período la salud se convierte en un eje movilizador con el desarrollo de las Jornadas Populares de Salud donde se conso-



lidan los Consejos Populares de Salud. Existía un plan de emergencia para mejorar la salud individual y colectiva de los habitantes del campo y de los barrios marginales de las ciudades, donde estaban --- descritas las políticas, objetivos y actividades necesarias a cumplir se.

La cobertura se extiende principalmente a las zonas periféricas urbanas y a las áreas rurales, con la reparación y puestas en marcha de 117 centros de salud en barrios populares y cabeceras municipales, así como la construcción en el año 1980 de 65 puestos de salud en poblaciones menores de 2,000 habitantes en toda la república y la -- puesta en funcionamiento de 10 nuevos hospitales.

También están en construcción 5 hospitales con una capacidad de 947 camas a un costo total de 225 millones de córdobas, estos hospitales son el del Niño en Managua, el de Matagalpa, Masaya, Rivas y Bluefields y 22 nuevos centros de salud en Chinandega, León, Managua, Masaya, Carazo y Rivas programándose también la construcción de 36 puestos adicionales en los sectores rurales de Nueva Segovia, Madriz, Estelí, Matagalpa, Boaco y Zelaya.

Países amigos se comprometieron para apoyar el desarrollo de varios proyectos de nuevos hospitales y centros de salud. Tenemos -- actualmente 30 hospitales con 4,539 camas contando con 1.3 camas de agudos/1000 habitantes.

Para la atención a crónicos, el hospital Psiquiátrico, Dermatológico, Rehabilitación y dos hospitales para tuberculosos con camas. Se --

disponen de 16 centros de salud con camas y 83 sin camas, y 316 puestos de salud que establecen un promedio que se aproxima a 4 puestos para cada centro. (73)

Un hecho importante en ese momento es la elaboración del presupuesto de salud, según una estructura programática, que evaluó por primera vez el desempeño del sistema del año anterior, utilizando ya la información de la producción de los servicios en forma regionalizada.

Con la coordinación del MIPLAN se formuló el proyecto para la estrategia de la Atención Primaria en Salud. Entre sus componentes se encuentran desarrollar acciones multisectoriales con la participación popular, aplicación de tecnologías apropiadas de bajo costo, para elevar los niveles de vida y salud de la población.

El proceso de regionalización general del país implicaba cumplir la normalización centralizada y la ejecución descentralizada, una mejor utilización de los recursos existentes y acceso de los servicios de salud de la población. Dicha regionalización durante este período fue consolidada a través del fortalecimiento de las direcciones y subdirecciones regionales, incorporándose la sub-dirección de Docencia responsable por los programas regionales de Educación Continua (ECO).

Al describir las políticas en cada aspecto del plan, resalta el planteamiento inicial de 1980 que dejan claro la direccionalidad de la política del Gobierno Revolucionario, de acuerdo a la siguiente cita:

"La Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional y la Dirección -

Nacional del Frente Sandinista, han definido, como línea política -- prioritaria, "Llevar la salud al campo" de acuerdo al desarrollo - socio-económico del país, para lo cual se han priorizado los secto-- res productivos. Significa cambiar sustancialmente el cuadro de salud prevalente, de tal manera que se reduzca la mortalidad infantil y general, es decir variar el perfil epidemiológico y que los indicadores que miden la mortalidad reflejen un mejoramiento existente y permanente en la calidad de la vida en el campo y en los barrios marginales de las ciudades.

La orientación política de "Llevar la salud al campo", expresa plenamente la ideología sandinista, porque salud no solo es curación de enfermedades. Salud es para los habitantes del campo y de las - barriadas marginales, elevación de la calidad de la vida. Salud es seguridad humana, sustento del proceso revolucionario que tiene como meta fundamental satisfacer plenamente las necesidades materiales y espirituales de los nicaragüenses. (74)

El primer objetivo es continuar con el proceso de desarrollo --- estructural del MINSA, iniciado con el triunfo.

El segundo objetivo orientado a introducir y consolidar, como - metodología científica del trabajo, la planificación de las acciones para el mejoramiento de la salud, priorizando aquellas dirigidas a erradicar las enfermedades infecto-contagiosas prevenibles y a mejorar el cuadro de salud, con énfasis en aquellas enfermedades que más daño causan; se revisarían los diferentes programas del nivel norma- tivo a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a la situación de --

salud del país. Se harían los diferentes planes de trabajo en todos los niveles iniciando las acciones para la regionalización del país. Se definirían las áreas de salud y el personal necesario de las actividades de salud y se establecería la atención prioritaria de los trabajadores.

El tercer objetivo orientaba impulsar el desarrollo de los recursos humanos, materiales y físicos para la salud de conformidad con los recursos económicos disponibles; la Dirección de Planificación y la Dirección de Recursos Humanos, formularían los planes de formación a corto, mediano y largo plazo dando prioridad a la formación de 600 brigadistas de salud y hacer los planes y programas para la reconstrucción y remodelación del espacio físico y equipo necesario para la formación de personal, estableciendo las coordinaciones necesarias entre los diversos organismos formadores e incluso solicitar ayuda internacional.

El cuarto objetivo planteaba impulsar la participación de las masas organizadas en la solución de los problemas de la salud individual y colectiva; también definir y consolidar la participación que tienen otras instituciones del estado en desarrollo del Plan de Emergencia.

Se integraría una comisión de diferentes Ministerios, Bienestar Social, Agricultura y Educación para establecer el programa de desarrollo integral de la salud; la cual prepararía un programa para solicitar ayuda internacional que incluirá recursos humanos, ayuda

económica así como: equipo y materiales y por último acelerar y resolver los problemas de salud con nuestros propios recursos humanos y materiales. (75)

Podemos decir que la puesta en marcha de ésta estrategia permitiría el desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud, ya que, se especificaba incluso las acciones que tenían que llevarse a cabo por cada una de las instancias correspondientes.

Para enfrentar los graves problemas que aún persisten en el sector y acorde a las directrices del Plan de Austeridad y Eficiencia, el MINSA elaboró a nivel central el plan de salud de dicho año, que ya colocaba la planificación del sistema en la línea de una mejor utilización de los escasos recursos con que se cuenta.

Analizando las políticas del sub-período 80-81 en términos de -- objetivos generales tienen la misma direccionalidad del año anterior, ya que lo que se persigue es ir desarrollando y consolidando lo realizado.

También se presentaron y discutieron los principios, estructura y funciones del MINSA y los programas de Medicina Preventiva, Docencia, Atención Médica y Finanzas fundamentalmente las funciones del Centro de Abastecimiento Médico (CAM). Reorganizándose el MINSA desde el 80 mediante una nueva estructura (ver anexo #9).

También se determinó el sistema de evaluación y control estatal;

en formación se elaboró un programa de formación vocacional y orientación profesional para divulgar las carreras de salud y facilitar la captación y selección de futuros estudiantes.

#### 6.3.2.1 Formación Profesional.

En febrero de 1980, se creó el CNES ente encargado del ordenamiento de la Educación Superior, dentro de las primeras políticas de la educación superior se estableció priorizar 3 carreras, una de ellas fue medicina, dando lugar a la elaboración del perfil profesional, plan de estudio y programas de asignaturas, mediante una metodología definida.

La estructura que se consolidó en el MINSA en el año 1980, fue el Vice-Ministerio de Docencia teniendo a su interior las Divisiones de Educación Médica Superior, Educación Médica Media, el programa de ECO y el Centro Nacional de Informática y Documentación en Salud (CENIDOS).

De acuerdo a las entrevistas realizadas un grupo de "planeamiento" \* de la Educación Superior sobre Ciencias Médicas recomienda --- "Establecer los mecanismos institucionales que faciliten el intercambio de información y orientación bilateral entre el MINSA y la facultad

\* Planeamiento se define de acuerdo a los criterios de los entrevistados como grupo planificador.

tad de Ciencias Médicas y es así que el MINSA-UNAN, establecieron una coordinación institucional que permite planificar, programar y ejecutar los planes de Pre-Grado y ECO bajo una perspectiva y un propósito común a la atención y mejoramiento de la salud del pueblo nicaragüense".(68).

Como resultado de la relación MINSA-UNAN se incrementó el número de alumnos del primer ingreso a medicina de 140 estudiantes a 550; se crea la Escuela de Medicina en Managua, empezando a funcionar en el curso 1980-1981, con IV, V y VI año, e iniciando el programa de capacitación para 120 internos y 80 especialistas. También se establecieron coordinaciones entre éstos mismos organismos para el desarrollo de estudio-trabajo y de los programas de pre-grado integrándose así un comité de internos y residentes.

EL MINSA y la UNAN deciden iniciar en los hospitales de León y Managua los programas de transición de las especialidades en las cuatro áreas básicas: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría, planteándose perspectivas de desarrollo con proyecciones de crecimiento para la formación y capacitación de recursos médicos, instalándose los módulos docentes de los hospitales Manolo Morales, Fernando Vélez Páiz, Bertha Calderón y León Fonseca. Egresaron 185 médicos en este período.

También se inició la instalación del edificio de transición del Recinto Rubén Darío, para la Facultad de Medicina y formación de los laboratorios para los años básicos; Docencia Médica Superior se encargó del desarrollo de la especialización y el Internado rotatorio.

Además se elaboró el programa y reglamento del servicio social rural de las carreras universitarias del sector salud, decreto número 827 Gaceta #20, Enero de 1981, como respuesta a las necesidades de Recursos Humanos capacitados para la solución de los problemas de salud - y retribución en parte al pueblo nicaragüense la preparación académica que han recibido.

#### 6.3.2.2. Formación de técnicos y auxiliares

Docencia Médica Media era la estructuración encargada del trabajo organizativo, administrativo y de supervisión en los distintos niveles de formación de recursos técnicos y auxiliares.

Se consolidó el trabajo docente metodológico mediante asesoría - Cubana; producto del cual se realizan seminarios metodológicos para docentes ubicados en las diferentes unidades del país; impartidos -- por asesores y profesionales de la UNAN y MINSAL, con el objetivo fundamental de elaborar perfiles, planes de estudio, programas y normas de evaluación.

Las actividades más destacadas en este sub-período estaban dirigidas a la confección de diseños curriculares de 8 carreras incluyendo planes y programas de asignaturas, selección de bibliografía y - confección de materiales de instrucción.

Fueron elaborados programas arquitectónicos para las unidades - docentes de Managua, Bluefields y Estelí; confeccionándose los módulos de equipamiento de laboratorio de enfermería, laboratorio clínico,



biología, registros médicos y estadísticas y odontología. Se determina además la estructura orgánica y funcional de la unidad docente de la salud "Luis Felipe Moncada" y se elaboraron normativas internas de las unidades docentes departamentales.

En 1981, Docencia Médica Media, realizó su trabajo en función de las dificultades y deficiencias detectadas. Se produjo un incremento en el número de carreras, incorporándose las de: Auxiliar de Enfermería Pediátrica, Auxiliar de Enfermería Obstétrica, brigadistas sanitarios, técnicos en fisioterapia, técnicas quirúrgicas y técnicos -- ópticos refractario y se decide cancelar la formación de los recursos auxiliares dietéticos.

Con ayuda internacional se contó con material, recursos y medios audiovisuales para la enseñanza de gran apoyo en el proceso docente. Se dieron avances en el trabajo desarrollado a nivel de áreas prácticas, logrando el cumplimiento de los perfiles establecidos con el -- apoyo de parte del personal de los distintos servicios de las unidades docentes asistenciales iniciándose así la estrategia de la integración docente-asistencial.

Los resultados obtenidos de la formación de recursos durante el sub-período fue de 2021 recursos técnicos y auxiliares (anexo 10).

#### 6.3.2.3 Capacitación del personal de salud.

Durante este año se dió inicio una actividad como fue la creación del programa de Educación Continua, con comisiones regionales inician-

do así una red nacional de docencia en salud que permitiría el perfeccionamiento de los cuadros del MINSA.

En relación a la Educación Continua, este programa en su fase -- inicial estuvo nomado y ejecutado desde el nivel central, pero a -- partir del segundo semestre de 1981, se descentralizó la parte ejecu- tiva a las direcciones regionales de salud, lo que permitió alcanzar -- una cobertura nacional, desarrollar los mecanismos de control y su- pervisión, mejorar los aspectos metodológicos y coordinar las activi- dades de Docencia para los egresados que cumplen el servicio social -- rural obligatorio.

El proceso de implementación de las políticas en el caso de Educa- ción continua, definió que los recursos que egresaban debían recibir -- una capacitación que incluyera aspectos administrativos en el manejo -- de los programas, conocimiento de las características de la región --- asignada tanto desde el punto de vista político, demográfico y epide- miológico, y la información general; posteriormente debía continuarse -- con el fin de que le permitiera al egresado insertarse en el servicio social con más conocimientos.

Significó un gran avance en este año la organización del curso -- de administración para dirigentes de hospitales (médicos, enfermeras y administradores) que fue organizado por el MINSA con la cooperación de la OPS y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), este curso a nivel de post-grado preparó dichos dirigentes que iban a asumir la dirección de los nuevos hospitales que estaban en construc-

ción como son: El hospital de Matagalpa, Rivas, Masaya, Estelí, --- Bluefields, y el Hospital Infantil "La Mascota". Este curso integró los aspectos teóricos y prácticos con la situación concreta de apertura de los nuevos hospitales, además de la formación de estos cuadros interdisciplinarios fueron elaboradas las normas de funcionamiento de dichos hospitales.

Durante este período se brindó adiestramiento a 166 trabajadores de la salud, en recursos regionales de Administración en Salud y Perfeccionamiento a Personal Docente.

En total, Educación Continua desarrolló un conjunto de actividades entre cursos, seminarios, talleres que alcanzan más de 6,000 trabajadores conforme el cuadro abajo detallado:

PARTICIPANTES EDUCACION CONTINUA SEGUN CATEGORIA

MINSA I SEMESTRE DE 1981

CATEGORIA	ACTIVIDAD TOTAL	%
. Médicos	1,106	18.2
. Odontólogos	216	3.5
. Técnicos	330	5.4
. Enfermeras	1,262	20.8
. Psicólogos	186	3.2
. Trabajadores Sociales	324	5.3
. Auxiliares	1,813	29.8
. Otros	834	13.8
T O T A L	6,071	100

FUENTE: MINSA

En cuanto a las Becas fue elaborado el reglamento del programa normatizando los recursos financieros para la formación y perfeccionamiento de Recursos Humanos tanto a lo interno como a lo externo.

Durante el año el programa de becas posibilitó la formación de 23 trabajadores en el exterior y 887 en el país.

Referente a la educación popular en abril de 1980 se reorganiza la dirección de Educación y Comunicación Popular, ya que desarrolla una intensa actividad para incrementar el nivel de conciencia sanitaria de la población.

Las actividades desarrolladas han sido cursos de adiestramiento para 12,325 alfabetizadores que iban a la C.N.A. en conocimientos básicos sobre Malaria y sus métodos de prevención, y se les distribuyeron "Cartillas de Salud para el Alfabetizador".

También se han capacitado a responsables de Salud Municipales del país, se ha hecho divulgación de la nueva estructura orgánica y lineamientos políticos del MINSA a educadores y personal de otras instituciones.

En ese año se efectuó la publicación del documento "Lineamientos Generales de Educación Popular en Salud" llevándose a cabo un análisis histórico; se definió el papel de la Educación Popular en Salud y su concepto. Fueron determinados objetivos, características, el perfil y funciones del Educador Popular en Salud, así como también se precisó la metodología a usar para su formación. (76)

Un logro cualitativo importante es la formación de la Comisión Popular de Salud a nivel Nacional integrado por organismos de masas que vino a permitir la consolidación de las relaciones del MINSA y el pueblo organizado.

#### 6.3.2.4 Administración de la fuerza de trabajo en salud.

Por el decreto 612 del 23 de Diciembre de 1980 se establece la Contraloría General de la República como organismo del Estado cuya finalidad es establecer y mantener sistemas de control internos y externos dentro de las organizaciones administrativas financieras de las entidades y organismos del estado; con esa ley y de un oficio circular del 6 de febrero del 81 la División de Administración y Finanzas; encomienda a la Oficina de Organización y Método del MINSA el diseño de un sistema de contabilidad patrimonial con carácter y contenidos propios del Sector Salud.

El sistema se vuelve complejo lo que dificulta su manejo en las diferentes instituciones de salud tanto en hospitales como áreas de salud.

Podemos señalar también que se produce el fenómeno de las inconsistencias nominales ya que se dejaba de un lado los salarios producto del cual se introducen normativas aisladas, en otros ámbitos de la administración de los Recursos Humanos ya que no se creó un sistema de información permanente.

El proceso se vuelve complejo ya que al mismo tiempo que se está montando el sistema unificado de nóminas no se crea un sistema de información ágil que acompañe todo este proceso de reorganización de los servicios y principalmente por las características de la fuerza de trabajo que en su gran mayoría es personal de Servicio Social con una alta rotatividad y circulación en los diferentes servicios de salud del MINSA.

Según entrevista con una exfuncionaria del MINSA refiere que "La planilla de finales del año 1980" se pago con el nuevo registro que se hizo con el Ministerio de Finanzas o sea el sistema único de planilla.

En 1981 se hace el ordenamiento ocupacional mediante una encuesta a los 15,000 trabajadores obteniendo un 90% de todo el país cada trabajador escribió lo que hacía para constituir la ficha ocupacional que permitió la primera organización en el país, siendo el MINSA el primer Ministerio que hizo dicho trabajo, definiendo sus cargos propios.

Se unificaron los salarios del personal de enfermería, diferenciándolo por complejidad para: enfermera general, supervisora, enfermera especializada y auxiliar de enfermería. Este trabajo duró 4 meses, después se pasó a una nueva etapa que permitió un mejor conocimiento de la fuerza de trabajo en las regiones del país, contándose ya con un sistema montado. (77)

Según entrevistas con el compañero responsable de la Dirección Económica en relación a la administración del personal de salud un elemento importante de la fuerza de trabajo eran los catálogos de cargos y la clasificación de las distintas ocupaciones cuyo desarrollo ha estado afectado por: intereses del Ministerio de Finanzas -- en el control de dicha fuerza de trabajo del MITRAB como ente rector de las políticas salariales y de INEC como organismo rector de las estadísticas, que por la influencia de todos estos intereses se hace más complejo todo el proceso de administración de la fuerza de trabajo en salud.

### 6.3.3 Caracterización del sub-período 82-83

El sub-período se caracteriza por la intensificación de la crisis económica que afecta a todos los países, en Nicaragua se potencializa por la agresión contrarrevolucionaria lo que, obliga a salud a estar en función de elaborar planes de emergencia, todo esto dentro de un proceso complejo de transición en la transformación del estado revolucionario.

En lo que respecta al MINSA, aún se enfrentan problemas en cuanto a la coherencia que debería existir entre sus diferentes estructuras lo que es secundario a problemas de coordinación y comunicación, afectando la posibilidad en la conducción eficiente.

El sistema de información durante el sub-período aún se encuentra en su fase de estructuración por lo que apenas brinda una información parcial e insuficiente; desconociéndose aún la magnitud de la morbi-

mortalidad.

Según entrevistas realizadas en ese momento no hay integración de toda la información por tanto no sirve para tomar decisiones ya que hay muchos subsistemas; atención médica tiene uno, materno infantil otro higiene y Epidemiología, etc.

Ya en el año 1982, se orientó elaborar el primer plan trienal 1983-1985, pero por los problemas señalados anteriormente, lo que se pudo realizar fue el plan de salud 1983.

La metodología orientada en este año inicia su programación desde la base es decir, desde las áreas y hospitales en una forma regionalizada. Se utilizó la mayor parte de la información necesaria para comparar y proyectar informaciones, trabajándose en colectivo e interdivisionalmente con recursos disponibles y no con metas históricas; retomando así la experiencia de los dos años de revolución.

Por tanto, la elaboración de los planes de salud, se limitó a formular planes operacionales de un año y no de planes prospectivos, ya que un sector no puede desarrollarse mientras no exista un plan económico y social prospectivo, que oriente el plan sectorial, lo que determinó que tampoco pudiera desarrollarse el plan de recursos humanos a largo plazo.

A pesar de ello se elaboró el primer plan de desarrollo de recursos humanos, ligado al desarrollo de la infraestructura que se preveía con la extensión de cobertura basado en el método heurístico



de consulta a expertos nacionales y extranjeros y una metodología que fue sólo un ejercicio de planificación que al final no fué oficializado por el MINSA. Sin embargo, el CNES ente encargado de la formación de los recursos profesionales lo fué desarrollando.

En la II fase del taller Gaspar García Laviana y Porfirio Blandón Benavidez, consultando a los representantes de los organismos de masas los días 8, 9 y 10 de febrero se programaron actividades conjuntas - CNPS-MINSA en relación a la formación de Recursos Humanos en las cuales se establecía que el CNPS participaría en la definición de políticas y criterios para la formación de recursos humanos, así como en la selección de candidatos para estudiar las carreras técnicas que se imparten en los Politécnicos dependientes del MINSA, incluso en la indicación y asignación de Becas para técnicos en Salud por medio del convenio - Cuba - Nicaragua, como también en el programa de actividades de ECO; utilizando incluso la jornada de análisis y balance 1981, se realiza el diagnóstico y análisis de la eficiencia, teniendo en cuenta la actividad contrarrevolucionaria y la reorganización de --- DIPLAN. (78)

Los organismos de masas darían seguimiento a los estudiantes asignados por ellos y FETSALUD ejecutaría el proyecto de convalidación al personal empírico integrado como trabajador del MINSA con más de 15 años de servicios. (79)

Referente a las políticas que se definieron para el sub-período continúa priorizándose al binomio madre - niño y los trabajadores: se orienta el fortalecimiento de la gestión del MINSA en conjunto -

con la participación popular; como pilar fundamental la estrategia de Atención Primaria profundizándose la extensión de la cobertura y utilizando al máximo los recursos disponibles. Un lineamiento general importante es el que orienta continuar desarrollando el sistema de planificación en salud como instrumento científico de conducción.

Se implanta el Plan Integral de Actividades del Area de Salud -- cuyo objetivo principal es armonizar todos los programas de salud -- que se ejecutan en el área y a la vez servir de guía al equipo de salud en el diagnóstico de la misma para así planificar, ejecutar y controlar las acciones de salud.

En cuanto a los lineamientos generales y específicos de recursos humanos no se establecieron sino que se incluyeron en la política general del plan. Sin embargo podemos decir que se orientan algunos -- aspectos específicos como son la de formar recursos humanos necesarios para el desarrollo de los servicios de salud, capacitando a los trabajadores de la salud para incrementar la conciencia sanitaria del pueblo. Algunas actividades orientadas estaban relacionadas a continuar la formación de brigadistas líderes de salud y parteras empíricas.

Para 1983, los lineamientos de políticas que continúan orientando los servicios de salud son los mismos que el año anterior agregando -- dar apoyo necesario para el desarrollo de innovadores en salud y priorizar el campo de mantenimiento y suministros; así como también impulsar proyectos de investigaciones que plantean la utilización de tecno

logía apropiada y priorizar el fortalecimiento estructural y la organización técnica del sistema de abastecimiento de medicamentos. Se orientó además desarrollar el plan de mantenimiento, el adecuado funcionamiento del MINSA ante situaciones de agresión y desastres naturales enfrentando la limitación de recursos humanos en ese campo y la poca formación de este tipo de personal.

En este período 1982-83 la política principal en lo que a recursos humanos se refiere, es elaborar y aplicar una política de formación, selección, evaluación y promoción de cuadros. Definiéndose las actividades para darle respuesta a ésta política el cual era elaborar el plan de formación de cuadros directivos aplicarlo y consolidarlo, lo cual no logró concretizarse .

Podemos decir que la planificación no logro el papel estratégico conductor de la gestión sino que cada área manejaba sus recursos, el plan se volvía un documento que no orientaba ni dirigía las acciones de salud.

#### 6.3.3.1 Formación profesional.

A nivel de pre - grado se amplió el número de cupos de ingresados en odontología, ya que se pensó tener a estos recursos en las unidades primarias; egresaron 238 médicos, 95 farmacéuticos, 63 odontólogos y la Universidad Centro Americana egresó el primer grupo de dietistas; 4 en total; incluso se reglamentó el programa de internado rotatorio y se amplió la facultad de medicina en Managua.

A nivel de post-grado,, en 1982 se abre el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud pensando en la formación de los cuadros nacionales, regionales y locales; además en coordinación que se efectúa entre el MINSA - CNES, se decide la formación de 15 especialidades clínico - quirúrgicas.

#### 6.3.3.2 Formación de técnicos y auxiliares.

En el año 1982, la Escuela Nacional de Enfermería es absorbida - por el I.P.S., "I.F.M." con nivel de departamenteo y en la Región I se concentró la formación de cursos de auxiliares, este mismo año la Zona Especial III, clausura el curso de auxiliares y atención médica orientó cancelar la carrera de auxiliar de laboratorio clínico y --- abrirlo a nivel técnico; esta misma estructura consideró que la verticalización de las auxiliares pediátricas y obstétricas no era conveniente y se cancela la formación de dichos recursos.

En este período se inicia la carrera de auxiliar de sala de operaciones pero con una variante, su requisito de ingreso es de auxiliar de enfermería con segundo año de bachillerato. Debido a la poca captación se baja el nivel de escolaridad en la carrera de Auxiliar de Enfermería, pasando de segundo año a 6to. grado de primaria en las zonas especiales y las regiones II, V y VI, pero manteniéndose el requisito de ingreso del mismo recurso en las regiones III, IIII y IV.

Se tenían 1167 personal en formación en todas las carreras técnicas y auxiliares.

Los post - básicos de Anestesia que se iniciaron para enfermeras con una duración de un año, se reemplazó por técnicos (condos años de preparación, su nivel de ingreso auxiliar de enfermería o bachillerato.

A los recursos que se estaban formando como técnicos de Estadísticas y laboratorio Clínico se les aumentó el plan de estudios en uno y dos semestres respectivamente.

En cuanto a la capacitación del personal de salud se orienta en enviar especialistas y técnicos al exterior según los planes de desarrollo. En este año también fue orientado implantar un sistema continuo de inventarios de recursos humanos y montar kardex para el control de personal; además de eso había que realizar un análisis del perfil ocupacional del personal del MINSA lo cual no se concretizó.

#### 6.3.3.3 Capacitación de la fuerza de trabajo en salud.

En 1983, se han consolidado las actividades de Educación Continua, registrándose un incremento del 227% en la ejecución de las actividades con respecto a 1982, y se elevó en un 53% el número de participantes.

Hubo deficiencia en los reportes de algunas regiones y zonas especiales que remitían al nivel central, factor que afectaba la evaluación es decir se veía limitada la precisión del cumplimiento de la programación.

En cuanto a la temática abordada en las actividades, fueron ejecutadas los temas de Atención Médica (84% de cumplimiento) y Medicina preventiva el (51% de cumplimiento), no así con los temas de Educación Popular y Docencia cuyas ejecuciones están muy debajo de lo programado. (Anexo No. 11.).

La participación del personal del MINSA fue de un 92% de lo programado, asistieron personal profesional y de enfermería (117.4%, -- 113.4%) y existió una desproporción con la participación de los Técnicos medios. (40.9%).

La limitación que se enfrentó fue el sub-registro de las actividades atendiendo la clasificación según el objetivo que se persigue de actualización y complementación.

En relación con la educación y comunicación popular el plan de trabajo de "DECOPS" de 1982 consideraba las Jornadas Populares de Salud como su actividad principal; estas contemplan realizar las movilizaciones de vacunación antipolio, antisarampión y polivalentes -- (DPT), la movilización de higiene y lucha contra la diarrea, además de la capacitación en atención básica (primeros auxilios), realizando talleres de capacitación popular en las 3 etapas de movilización.

La capacitación básica en primeros auxilios se desarrolló en las primeras semanas de abril, en momentos en que la amenaza de agresión e invasión imperialista era iminente en el país, se retomaron en noviembre y diciembre para lograr un mejor nivel de preparación.

Para concretar la participación popular en las actividades de salud se orienta preparar a Brigadistas Populares de Salud y parteras empíricas adiestradas necesarias para el desarrollo de la estrategia de atención primaria. (anexo 12 y 13).

La gestión de DECOPS realizada estuvo dirigida a la elaboración de normas de funcionamiento, programación y elaboración del componente educativo en los programas prioritarios del MINSA. (Materno Infantil, Atención al Trabajador, Salud Escolar).

1983, representó para el programa un período de cambios cualitativos, los más importantes que se pueden señalar es la elaboración, aprobación e impulso de la estrategia de la capacitación de Atención Primaria en salud y fue elaborado y aprobado el sub-sistema de información de Educación y Comunicación Popular en Salud.

Hubo un avance cualitativo de materiales educativos, perfeccionamiento técnico de los educadores en el campo educativo y comunicación popular y se presentó una mayor participación del equipo de salud en las acciones educativas.

La falta de un sub-sistema de información adecuado impidió el registro y seguimiento de estos brigadistas.

#### 6.3.3.4 Administración de la fuerza de trabajo en salud.

La administración de la fuerza de trabajo en este sub - período

comienza hacer, el objeto sobre el cual inciden distintas estructuras del MINSA que pretenden dar cumplimiento a las políticas de salud.

En primer lugar la estructura encargada de este proceso es la -- División de Recursos Humanos y desarrollo quien tenía bajo su responsabilidad.

La Oficina de Personal la cual estaba formada por cuatro unidades:

- La de análisis de las fichas ocupacionales
- La de las Relaciones Laborales; atendía problemas laborales (despidos, preavisos, jubilaciones).
- La de trámite era responsable de los salarios, ante el Ministerio de Finanzas.
- La de empleo atendía reclutamiento, selección y contratación.

Se comienza la especialización del trabajo, ya que para 1982 se organizó la nómina de pagos del MINSA a través de un sistema computarizado lo que significó un avance, para los trabajadores de la -- oficina de personal, de archivo y registros a los cuales se le definieron y distribuyeron funciones capacitándolos para el trabajo de -- ese momento.

Con apoyo de las otras instancias del MINSA, se hizo el trabajo de las fichas ocupacionales involucrando a FETSALUD, con apoyo de -- los hospitales y centros de salud para acelerar el proceso de la -- escala salarial.



En las normativas de contratación a nivel de ocupación se hicieron requisitos de cargo, se elaboró un reglamento interno de trabajo que no se puso en marcha, también se elaboró el convenio colectivo de los trabajadores de la Salud.

La organización del trabajo y salario permitió el análisis de la ocupación determinando la cantidad de trabajadores empíricos sobre todo auxiliares de enfermería para los cuales se elaboraron planes de capacitación y se hizo un trabajo para jubilar al personal que llenaban sus requisitos, en 1983 se realizó una auditoría de la nómina mediante un programa nacional para depuración de la misma.

Por problemas de organización e integración del MINSA en 1983 -- aún no se había desarrollado completamente un manual de contabilidad, lo que retoma el vice ministro económico, el cual estructura una comisión "AD - HOC" para revisar el manual diseñado por la organización y método elaborado en 1981, y en Diciembre 1983 se presenta para implementarlo en 1984.

En el departamento de enfermería nacional en este período se hizo una jornada de análisis y balance a finales de 1982 y un trabajo -- investigativo llamado macrodiagnóstico de los recursos de enfermería en 1983; encontrándose que la escases de estos recursos se daba por diversas causas; personal de enfermería que pasó a estudiar otras -- carreras, fuga de personal, licencias y sumado a esto el marcado ausentismo y la indisciplina laboral. (80)

Es con FETSALUD que se posibilita otro elemento vital en cuanto a recursos humanos con los convenios colectivos y algunas normativas especiales incluyendo el reglamento disciplinario y numerosas circulares para aplicar una u otra medida administrativa.

En este sub - período docencia del nivel central y FETSALUD, --- después de un análisis, encontraron la necesidad de convalidar o calificar a través de un examen de comprobación de conocimientos prácticos y técnicos, aquellos trabajadores que sin poseer un título realizaban acciones de salud. Esto se hizo mediante una comisión nacional y regional. (81). Clasificándolo para su convalidación o calificación en cuatro grupos:

1. Primer grupo, 20 años de trabajo continuo.
2. Segundo grupo 15 a 19 años, realiza examen de comprobación.
3. Tercer grupo 5 a 14 años, curso dirigido por 3 meses.
4. Cuarto grupo 2 a 4 años; realiza cursos regular del MINSA en -- cualquiera de las carreras regulares.

Se disponía de una fuerza de trabajo a nivel nacional de un promedio de 20 mil trabajadores (ver anexo #14).

Podemos decir que la gestión de fuerza de trabajo es muy poca -- desarrollada, sin embargo se establece una política de incrementar la captación de personal para el MINSA y la de contratar todos los egresados de los centros formadores de carreras de salud. Este sub-período carece de una oficina de Recursos Humanos, médicos y paramédicos.

En cuanto a la distribución de los recursos humanos médicos y enfermeras en servicio social, respondía a la estrategia de la atención primaria de salud, pero se hacía con cálculos generales de la región y al movimiento de personal sin aplicar ningún indicador ya que no existía una metodología de planificación de recursos humanos en salud.

Cabe señalar que todo esto se da de forma desarticulada con una limitada capacidad institucional para orientar una línea única frente a este problema. Ya que persiste problemas conceptuales de lo que significan los Recursos Humanos en su integralidad y no se han definido claramente los criterios de asignación y distribución de personal pues se carece de políticas de Recursos Humanos claramente definidos. En cuanto a la administración de recursos de enfermería se logra un desarrollo, ya que establecieron normas técnicas, elaborando las normas de procedimientos de enfermería, normas organizativas y normas de central de equipo, además el Area Materno Infantil diseñó normas de su programa.

El equipo de planificación se desplazaba a las regiones para elaborar la programación la cual se hacía en base a series históricas de deserción y de egresos. Según entrevista realizada al director de recursos humanos y docencia en ese período refería que:

En 1983 dicha estructura hizo un diagnóstico de la situación de docencia del país de cuántos recursos humanos existían en cada una de las ramas, en cada una de las especialidades específicamente en enfermería, medicina y químico farmacéutico; además se vieron cuáles

eran las necesidades en cada una, las capacidades de formación que había en ese momento y las políticas de retención que estaba desarrollando el MINSA".

Producto de este análisis se encontró una inversión en relación a los profesionales y los técnicos, médicos había entre 2,500 a 3,000 enfermería había 900 en todo el país, es decir 3 médicos \*enfermera - lo cual debería ser al revés; había poca retención de personal de -- salud en el MINSA. La revolución en 5 años había formado la cantidad de recursos que el socialismo en 50 años.

Sin embargo en esta año existía dentro del MINSA el mismo número de personal que al triunfo de la R.P.S., es decir se estaba formando personal para reemplazar los que se iban ya que no había políticas - de retención ni de estímulos. Uno de los principios del MINSA para los recursos humanos establecía que dichos recursos egresados de las escuelas todos serían contratados, pero no existía relación entre la formación y las plazas presupuestadas para los años siguientes.

Otro problema fue el incremento en la formación de Odontólogos de 30 a 100 al año cuando el MINSA podía emplear 20 ó 30 ya que había + escasez de equipos y materiales necesarios para dichos recursos.

El personal de enfermería se llegaba al 40% de la capacidad de - formación que teníamos por la baja retención escolar; todo esto estaba relacionado también con que Docencia contaba con presupuesto mínimo para la formación y se recurría al apoyo internacional OPS/OMS

o a grupos de solidaridad.

En cuanto a la planificación de recursos humanos se intentó haciendo un grupo de trabajo integrado por; Planificación, Atención Médica, Relaciones Internacionales y Especialistas, trabajando con las categorías de la metodología que Planificación orientó: Fuerza de Trabajo, Inversiones, Planes de desarrollo, etc. pero los resultados fueron pobres, ya que no había toda la estadística necesaria y no estaban definidas las políticas de desarrollo del MINSA sobre todo en inversiones ya que no había un plan presupuestario de desarrollo, además de eso Atención Médica no tenía sus necesidades en cada momento del desarrollo claramente definidas. (82)

Podemos decir que se orientaron diferentes actividades que conllevaban a un desarrollo de los recursos humanos pero que no se realizaron, coherentemente y la estructura que se conformó para dar cumplimiento a los mismos no los cumplió.

En cuanto a la política de distribución no fue la más adecuada ya que prevalecieron otros criterios. En cuanto a la utilización de recursos no se ha podido medir el impacto de la formación con la calidad de la atención de la salud y del desarrollo de los servicios. Se ha trabajado de forma coyunturalista, acompañado de una gran desinformación entre las diferentes estructuras del MINSA, producto de que las coordinaciones internas son limitadas y las coordinaciones externas no se han oficializado por lo que se producen contradicciones.

## 6.4.1 Caracterización general del período 1984 -1986

Este período 84-86 está determinado por el escalamiento de la guerra mercenaria, bloqueo económico, político y diplomático de --- parte de la agresión imperialista y la aguda situación de crisis económica que enfrenta el país, ya que tiene que desviar recursos humanos y materiales hacia la defensa del poder revolucionario.

La defensa frente a la agresión norteamericana consume el 40% - de los recursos presupuestarios dando un golpe en la economía y la - reconstrucción, aparte de las vidas humanas y las familias desplazadas que hay que recubrir todo, esto conlleva a que se tomen medidas y se enfrenten nuevas tareas en función de disponer esfuerzos en la -- contención del deterioro.

Sin embargo aún con este marco se institucionalizó el poder revolucionario mediante las elecciones en noviembre de 1984.

La política del gobierno de reconstrucción nacional, en este período, estuvo caracterizado por la participación activa en todos los foros internacionales, para la discusión y denuncia de la agresión, de implicaciones continentales o sub-regionales con el apoyo de los países que integran EL GRUPO CONTADORA.

En un esfuerzo conjunto de los países CENTROAMERICANOS en pro de la lucha por la PAZ, se dá ESQUIPULAS I en Guatemala y a lo interno de Nicaragua se da el proceso de Autonomía de la Costa Atlántica.

En salud se participó en las actividades para la preparación del Plan de Prioridades en Salud en Centroamérica y Panamá, cuya base fue "que la salud puede ser un puente para la paz, la solidaridad y el entendimiento entre dichos pueblos".

La política de planificación estatal, es articular la programación con el presupuesto, para lo cual se creó la Secretaría de Programación y Presupuesto, y el Consejo Nacional de Planificación presidido por el Presidente de la República e integrado por el Vice Presidente, el Ministro de Desarrollo Agropecuario y Reforma Agraria, el Ministro de Industria, el Ministro de Cooperación Externa, el Ministro - Presidente del Banco Central, el Ministro de la Presidencia y el Secretario de Planificación, órgano superior para la formulación de las líneas estratégicas de la economía nacional, la elaboración de planes y programas de desarrollo económico que afectan la vida económica y social del país.

La política general del país orientaba la optimización de los recursos humanos y materiales, el fortalecimiento de la capacidad organizativa y de dirección y la cohesión entre las líneas tomadas en coordinación con el resto de las instituciones.

De ese modo se consolida la relación de los delegados institucionales de las regiones con las delegaciones regionales de la presidencia para avanzar en el proceso de descentralización de las mismas.

Se dieron avances en la descentralización de recursos presupues

tarios que comenzó con la Región III, sin embargo se continuó la verticalidad en algunas estructuras centrales.

En 1984 la Secretaría de Planificación y Presupuesto orienta una metodología general para la elaboración de los planes de las instituciones del estado.

La formulación del plan de la economía nacional para este año -- tiene nuevos elementos para su elaboración, tratando de integrar los diferentes planes sectoriales del país bajo una metodología uniforme y particularizándose en cada uno de los sectores.

En relación a la fuerza de trabajo en general se produce una -- elevada rotación y deserción de personal entre las diferentes instituciones, ya que cada una tenía diferentes mecanismos de contratación de recursos; de estímulos, distintos salarios entre una misma ocupación y diferencias de trato entre el personal productivo y el de servicios, lo que conllevó a la aplicación en este período del Sistema Nacional de Organización del Trabajo y los Salarios. (SNOTS).

El plan de salud en este año tiene diferencia con respecto a los planes anteriores, ya que, integra los planes del sector salud con el plan económico nacional a partir de la metodología orientada por el Ministerio de Planificación, lo que dió una mejor operativización de las políticas y una mayor relación de los distintos componentes - del plan. También se define que la instancia máxima en el proceso de toma de decisiones es la Dirección Superior del Nivel Central median



te el caracter centralizado de la planificación. (83).

La elaboración del plan de salud 1984 estuvo basado en las 7 categorías orientadas por MIPLAN:

- Producción de servicios
- Fuerza de trabajo y salario.
- Abastecimiento técnico material.
- Inversiones
- Finanzas
- Desarrollo Científico Técnico
- Organización y Gestión.

Este plan se enmarcó en la situación económica tanto nacional como internacional ya que ambas repercuten en el desarrollo del sector salud, tomó en cuenta también el desarrollo alcanzado hasta ese momento de la base material del sector y la situación social, en términos de los problemas; la satisfacción de los mismos, y lo que esto implicaba para alcanzar la elevación del nivel de vida de la población.

De hecho la situación de salud a pesar de los logros alcanzados al momento, aún muestra que hay problemas en cuanto al cuadro de morbilidad y mortalidad, predominando aún las enfermedades carenciales y transmisibles; producto del sub-desarrollo heredado que afecta a los grupos más susceptibles como son los niños y la clase trabajadora.

En cuanto al desarrollo de los servicios persistió la concepción de seguir priorizando el desarrollo de la atención primaria, sin que esto significara un fortalecimiento de la red hospitalaria, lo que se vió agravado por las destrucciones que le son provocadas al sector salud, principalmente en el contexto en que se pasa de una economía de guerra a una economía de sobrevivencia en la que la defensa es el elemento vital.

Para comprender este proceso contradictorio tenemos que tomar en cuenta que en ese año la situación político militar apuntaba a la posibilidad de una escalada mayor de la agresión imperialista en contra de la Revolución Popular Sandinista, lo que obligó a priorizar la -- prestación de los servicios de salud y asignar más recursos a las -- regiones en guerra.

El sector salud enfrentó nuevas y mayores demandas producto del impacto de la guerra, el desplazamiento de la población, acompañado por el deterioro de las instalaciones, equipos y materiales de las -- unidades de salud; sin embargo no logró ajustarse ante esta situación el modelo organizativo de los primeros años el cual fue estructurado para tiempos de PAZ.

Todo esto generó contradicciones institucionales, ya que se asume la guerra como algo externo al sistema, dándose respuesta con planes coyunturales sin reconocer la crisis financiera, organizativa y administrativa del modelo y la necesidad de un ajuste para adecuarlo a la situación de guerra.

A mediados del año 84 se diseñaron dos planes contingentes el "DE POMARES A FONSECA" y Una Nueva Batalla una Nueva Victoria, en busca de dar respuesta a las zonas en conflicto.

La Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD), ante la situación de la crisis económica y la agresión militar se plantea un nuevo frente de batalla para ganar la guerra con la programación de actividades a realizarse por todos los trabajadores de la salud mediante el plan "Una Nueva Batalla una Nueva Victoria", teniendo como marco general asegurar la salud en tiempos de guerra al pueblo combatiente, para consolidar la defensa y garantizar la prestación de los servicios de salud a los grupos priorizados y poder asegurar la reproducción de las Fuerzas Productivas de esta Sociedad.

Estos planes dieron la oportunidad de desarrollar un trabajo administrativo, político y sindical conjunto. Además fijar en los funcionarios de la salud, la priorización que demandan las tareas que cada coyuntura exige sin descuidar los aspectos del avance perspectivo y así definir claramente los problemas que atraviesa el sistema de salud en los diferentes niveles y unidades; ya que no se tenía cohesión en un propósito común, lo que producía el inmediatismo y la dispersión de la gestión central dándose una mayor concentración y verticalismo de las diferentes estructuras. (84).

Toda ésta dinámica se acompaña de una mayor autonomía con el funcionamiento de las estructuras regionales.

Aún se continúa sin tener un modelo de desarrollo del SNUS clara-

mente definido, frente a las necesidades de definirlo se crea una nueva estructura que es la División de Organización y Gestión la cual - amplía la División General de Planificación, la que a su vez fue -- separada de la estructura encargada de la formación de Recursos Humanos en Salud, que se refleja en la estructura del MINSA de 1985. (Ver anexo No. 15).

Este modelo de conducción del sector mostró su agotamiento a corto plazo, por lo que se realizan ajustes con el propósito de reorientarlo y tratar de contener el deterioro, dándose así la reestructuración del MINSA, articulando el nivel central para el reordenamiento de las regiones y unidades de salud.

Cabe señalar que la crisis del modelo de conducción del MINSA, se acompaña de una crisis de la organización de los servicios, lo que se expresa en la caída de la producción de cuidados a la población, la que será más acentuada para 1985.

Frente a esta situación, se ve la necesidad de formular un Plan quinquenal que conduzca científica y objetivamente el desarrollo armónico y proporcional del sistema de salud en el marco del desarrollo socio-económico del país. Sin embargo, éste propósito no logró consolidarse, ya que de hecho lo que se llega a formular es el Plan 85.

Las directrices para la elaboración de dicho plan tiene su fundamentación en la experiencia acumulada del desarrollo del "Plan de Pmases a Fonseca" y el "Plan contingente", para adecuar sus políti

cas, sus programas y sus normativas y así lograr la mejor utilización de la capacidad existente en los servicios de salud, atendiendo los factores de mayor impacto en el funcionamiento de las unidades, tomando las medidas necesarias para superar las fallas administrativas y de la gestión de salud y así poder asegurar el óptimo funcionamiento del MINSA en caso de mayores niveles de agresión militar. (85).

Según entrevista con funcionarios de atención médica dice que la "Planificación a nivel nacional pensaba en planes mediatistas pues no se había logrado desarrollar un proceso, ya que incluso este año no se estructuró un plan de salud como tal, y en cuanto a recursos humanos no había perspectivas para su planificación, aún no se tenía claridad de la direccionalidad del proceso de la planificación producto de la reestructuración del MINSA realizada en 1984 conforme a la Refoma Administrativa Ministerial". (86).

La propia estructura de planificación de Nivel Central había logrado un desarrollo en lo que es la producción de servicios, no así en lo que se refiere a recursos humanos. Es por esto que se orienta hacer las coordinaciones necesarias para elaborar un plan de Formación de recurso humanos del MINSA. Sin embargo no se logra organizar un proceso de trabajo que condujera al cumplimiento de dicho plan. (87)

Durante 1985, los esfuerzos institucionales están dirigidos centralmente a concretizar el proceso de reforma administrativa, así -- como a tratar de colocar algunos elementos que permitieran ir reorientando los servicios de salud de tal forma que es a partir de --

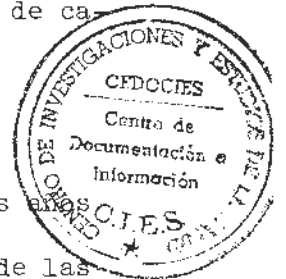
esta experiencia que se irán articulando todo el conjunto de proposiciones que darán el marco del plan de salud para el año 1986.

Concretamente esto significó que el plan 86 se enmarcará en el cumplimiento de los objetivos del Sector orientados por el gobierno revolucionario, tomando en cuenta la situación político - militar y socio-económico del país y el desarrollo organizativo de los servicios de salud para mejorar la atención de la población y optimizar al máximo los recursos disponibles.

La formulación y aplicación del plan 1986, fue un esfuerzo colectivo y sistematización de la experiencia acumulada ya que se conoce mejor la realidad y se busca la cohesión y convergencia entre los diferentes subsistemas y la racionalización en el uso de los recursos y es así que se diseñaron indicadores de programación partiendo del comportamiento histórico de los diferentes programas de salud de cada región del país.

En cuanto a las políticas que se establecieron en los tres años del período podemos decir que se especificaron para cada una de las categorías de los planes de salud, en correspondencias con la política general de salud.

En 1984 el plan de salud se plantea como objetivos generales disminuir los riesgos maternos y la mortalidad infantil. Controlar y disminuir progresivamente las enfermedades transmisibles. Asegurar los niveles de salud que garanticen la disposición combativa del pueblo en la defensa, contribuir en la normal producción y manteni-



miento de la fuerza de trabajo potenciando su capacidad productiva y contribuir a detener las migraciones del campo a la ciudad, apoyando la relatividad de la fuerza de trabajo en las áreas productivas a nivel rural.

En 1985 - 86 se definen políticas que fortalecen la de los años anteriores, pero ya relacionado a la situación específica de la guerra, ya que un grupo priorizado del período era la atención al combateiente, continuándose la priorización de la atención de salud del trabajador productivo, población campesina y comunidades indígenas - de la Costa Atlántica.

#### 6.4.2 Formación Profesional

Todavía no se logra la integración MINSA - CNES para en conjunto hacer un estudio más global e integral de la Formación de los Recursos Humanos profesionales.

El ingreso masivo de la carrera de Medicina a la UNAN, permitió integrar un mayor número de médicos internos, de servicio social y residentes de las diferentes especialidades clínico - quirúrgicas, aunque se considera que la calidad de éstos recursos es deficiente.

Hay una desviación técnica operacional donde se da atención al aspecto formal del proceso educativo, descuidando el aspecto presuuestario y los recursos necesarios.

Todavía no se logra la integración docente asistencial en las -

unidades asistenciales lo que obstaculiza la organización de la enseñanza en cada una de dichas unidades.

En el año 1985 el CNES orientó el perfeccionamiento de los planes y programas de estudio de las carreras Universitarias.

Se revisó el plan de Estudio para la carrera de Medicina y se establece la facultad de Ciencias Médicas en Managua con una cuota dividida de un ingreso de 600 estudiantes para León y Managua.

En el área práctica se presentan problemas ya que no se tiene supervisión tanto en la práctica de los estudiantes como en su internado por el poco apoyo institucional de las unidades asistenciales.

En respuesta a esto la Universidad específicamente la Facultad de Ciencias Médicas, busca fortalecer la docencia y establecer coordinación con el MINSA, para que asuma la responsabilidad en relación a las Unidades docentes asistenciales.

Aún se carece de capacitación docente metodológica para potenciar los recursos docentes disponibles.

Algunos dirigentes que fueron entrevistados expresan que "Se observa que aún persiste la práctica docente que privilegia al Hospital como el centro de la Práctica profesional, lo cual no está en relación con la política de salud y que además de eso la formación de Post grado ha tenido una Planificación no coherente con las nece-



sidades de salud ya que se carece de una política explícita de Desarrollo de Recursos Humanos. (88).

En este período se formaron 283 Especialistas de las Areas Clínico quirúrgicas y 73 en Salud Pública.

El Centro de Investigaciones y Estudio de la Salud ha dado tres promociones, pero aún no hay una definición institucional para respaldar las funciones de dicho Centro, no existen normativas ni procedimientos formales que garanticen los Planes docentes señalando, que existe retraso en la temática investigativa ya que no se ha establecido un presupuesto determinado para el desarrollo de las investigaciones.

La Dirección General de Docencia e Investigaciones del MINSA, con el apoyo de la OPS, se da a la tarea de elaborar un anteproyecto del plan de trabajo de evaluación del CIES, asignando dos consultores a tiempo completo con otros compañeros del CIES para realizar el análisis en sus 4 años de funcionamiento y sus perspectivas futuras.

#### 6.4.3 Formación de Técnicos y Auxiliares

1984, da inicio a la formación de personal técnico y auxiliar, mediante la transformación de las unidades docentes y departamentales de León y Carazo en Escuelas Politécnicas de la salud con 7 y 5 carreras respectivamente; manteniéndose el Instituto Politécnico "Dr. Luis Felipe Moncada", como centro formador de los recursos con carácter nacional, además se mantienen las dos Escuelas de Enfermería y ocho Unidades Docentes Departamentales.

Se orienta la formación de asistente de enfermería, con período de formación de 4 meses y la modalidad de adiestramiento en servicio, con nivel de 6to. grado, a formarse a nivel nacional. (89). En la Zona Especial II se inicia la formación de enfermería técnica superior. La Región III inicia un proyecto de formación de auxiliar en las unidades hospitalarias con un período de 8 meses que posteriormente pasó a 1 1/2 año, bajo la modalidad de alumno trabajador.

La carrera de Enfermería no cumple con la meta propuesta por la baja captación de estudiantes ya que se pasa de técnico superior a técnico medio. Además de eso se presenta una alta deserción durante la formación y después de graduado; por la poca motivación y la poca divulgación del plan de orientación profesional y formación vocacional.

En los servicios de salud no se identifican las necesidades de recursos incluso Atención Médica descontinúa la formación de Registros Médicos y Estadísticas, Auxiliar de Higiene y Epidemiología y Asistente Dental, sin haberse realizado un análisis de sus necesidades.

Producto de la colaboración con Cuba se comenzó a formar algunos especialistas Técnicos medios en áreas que no tenía Nicaragua, - Ejemplo: Microbiología, Patología, Técnicos Dentales, se fueron de 60 a 80 compañeros para estudiar en Cuba.

También hubo necesidad de formar recursos en post-básicos de enfermería especializados en UCI, Unidades Quirúrgicas, Quemados que

se fueron a formar a Cuba.

Sin embargo hay que señalar que se formaron en el período 2,622 técnicos y auxiliares en el país. (Ver anexo No.10).

#### 6.4.4 Capacitación de la fuerza de trabajo en salud.

Se elaboró un programa de Educación Continua, que responde a las necesidades de actualización y complementación de los conocimientos que deben manejar los trabajadores para el correcto desempeño de sus cargos y funciones, aunque tuvo un desarrollo heterogéneo en los tres años.

Las actividades de Educación Continua, se proyectan en todas las unidades de producción de servicios sustantivos y de apoyo con la -- participación de la Red Docente Nacional, con una descentralización ejecutiva, sin embargo hay poco apoyo y bajo interés por las actividades.

El programa de ECO abarca una serie de actividades, entre talleres, cursos, seminarios, conferencias y círculos de estudios, dirigidos a los trabajadores de nivel nacional, regional y local, donde se realizaron 5,664 actividades de Educación Continua.

El gran objetivo de la Educación Sanitaria, se ha concretado en la capacitación a brigadistas de salud, parteras empíricas y a maestros, teniendo como actividades educativas talleres y seminarios --- fundamentalmente.

En este período se logró reglamentar el plan de Becas del MINSA.  
(90).

#### 6.4.5 Administración de la fuerza de trabajo en salud.

Para analizar la fuerza de trabajo en salud en estos años según entrevistas realizadas manifiestan que la planificación de la fuerza de trabajo, no ha sido habitual, que existe atomización de la problemática de dichos recursos ya que no se había efectuado un diagnóstico, por tanto no se conocían las necesidades de la misma.

Se tuvo limitaciones en la programación de dicha categoría ya que no existe un sistema de información de la fuerza de trabajo que se haga con regularidad y confiabilidad de las diferentes variables que reflejan su comportamiento como son: la cantidad, distribución geográfica, estructura, distribución por categoría profesional, rotación intra y extra-regional, deserción, de función o jubilación. Incluso aún se desconoce los datos de la distribución de personal de los servicios de salud por regiones y programas. (91).

La información de la fuerza de trabajo no es centralizada en una sola estructura, está atomizada y existen varios sub-sistemas que manejan los programas, está más ligada a la nómina la cual no es útil para la planificación de todo el proceso.

No existía claridad en cuanto al proceso metodológico en la planificación de recursos humanos ya que existía una visión pragmática pues

a corto plazo se quería garantizar dicho proceso y en ese momento no habían condiciones ni la capacitación necesaria para desarrollar una metodología de recursos humanos, esto fue demostrado en la práctica con el intento de hacer un plan quinquenal en 1986 en cuatro meses - que ni se llegó al diagnóstico y aunque se hicieron formularios para recolectar la información hubo problemas con su procesamiento.

Es por esto que se forma una comisión de fuerza de trabajo, estableciendo las coordinaciones necesarias en el MINSA y con otras instituciones como una respuesta organizativa que responda a la resolución de problemas administrativos, elaborándose una metodología sencilla - para iniciar el plan quinquenal de formación y capacitación en todo - su proceso de análisis desde las necesidades, capacidad de contratación, política de cuadros y de distribución.

Se orientó una política general de asignación de personal al primer nivel de atención y se establecieron algunos criterios de distribución los cuales no fueron muy claros, por lo que no se concretizaron ya que lo que se hace es una contabilización de egresados de los Centros Formadores, las regiones plantean sus necesidades, sus déficits y se distribuyen de acuerdo a eso. (92). En el servicio social estos recursos se asignan por medio de una comisión que sigue el procedimiento anterior.

Algunas políticas específicas, fueron asegurar los recursos laborales vinculados en forma directa a la producción de servicios de salud (Médicos, enfermeras y auxiliares), sin aumentar el personal administrativo y de apoyo. Además de esto garantizar una desconcentra

ción y redistribución de los recursos laborales hacia las regiones - priorizadas por la defensa como por la producción, buscando medidas para su estabilidad en dichos territorios. Para centralizar la distribución del personal de salud; en este período se crea la oficina de recursos humanos de atención médica.

Otra política fue diseñar e implementar un plan de estímulos materiales y morales para los trabajadores destacados implementando medidias tendientes a la reducción de los índices de deserción del personal profesional y técnico de la salud.

En este período se desarrolla la aplicación del Sistema Nacional de Organización del Trabajo y los Salarios (SNOTS). Aunque se -- orientan políticas que implicaban el desarrollo de todo el proceso, se mantiene el énfasis en la formación; sin embargo ya aparece la preocupación de enfrentar los problemas de la rotación y la deserción de personal agudizado por la crisis y la situación de guerra que vive el país.

Se definen calificadores de ocupaciones propias de la salud, olvidando la selección, reclutamiento, y la nomación del sistema informativo de la fuerza de trabajo. Se trata de ordenar todo el proceso y se reglamenta la contratación mediante circulares y resoluciones ministeriales, ya que hay poco desarrollo de las estructuras en cuanto al manejo de la gestión de la fuerza de trabajo.

Es así que se pasan orientaciones relativas a los nombramientos, promociones y movimiento de personal y se trabaja en la elaboración

del reglamento interno del MINSA, el cual fue bajado como resolución ministerial. Definiendo incluso una política salarial para el personal de Dirección, después de un análisis integral de los distintos niveles, diferenciando áreas sustantivas de las de apoyo y orientando también la convalidación de empíricas en las carreras auxiliares de la salud.

Durante este período se cuenta con un indicador de 0.71 médico /10,000 hab. y se dió un incremento en recursos humanos de 34.2% en personal específico de salud.

Hay un déficit marcado de personal administrativo y de apoyo en áreas de salud, lo mismo que en personal de mantenimiento y suministros médicos lo que ha incidido en la prestación de servicios así -- como en el desarrollo institucional.

Según entrevistas realizadas se carece de una evaluación del desempeño de los recursos, ya que se pueden señalar que el personal de enfermería se ocupa en labores no propias, de su perfil. En cuanto a los profesionales farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y dietistas no tienen una definición clara de sus --- funciones ni de sus perfiles laborales, así mismo no están, claramente definidas las necesidades de estos recursos. (93).

En este período se da la salida de personal internacionalista por la intensificación de la agresión, aumentándose la deserción de recursos humanos y se pasan recursos de las áreas a reforzar los hospitales.

Persiste aún la concentración de recursos humanos en el Pacífico. Los recursos de servicio social obligatorio que se mandan a las regiones no permanecen estables y como su estancia es temporal, incide en la consolidación de las áreas de salud ya que se pierde la experiencia acumulada por la inestabilidad de dichos recursos.



#### 6.5. Situación actual del desarrollo de la Revolución Popular Sandinista.

La situación actual se caracteriza por el aumento de la crisis económica a consecuencia de la crisis internacional y del desgaste que produce en la economía del país la agresión imperialista, que se acentúa conforme avanza la revolución.

A nivel internacional, los esfuerzos de Nicaragua están dirigidos a obtener la PAZ, lo que se concretizó con los acuerdos de Esquipulas II, y que podrá ser posible si los E.E.U.U. cesan su política de agresión contra Nicaragua, ya que desde su ascensión al poder, la Administración Reagan mantiene su voluntad de destruir la Revolución e impedir el cumplimiento de los acuerdos de Guatemala.

La guerra mercenaria y la crisis han afectado grandemente la situación interna, que ha provocado miles de muertos y heridos, secuestrados, huérfanos, desplazamiento de población y destrucción de infraestructura productiva y de servicio, lo que repercute en el deterioro del nivel de vida del pueblo nicaragüense.

Una de las medidas estratégicas es la defensa integral con los bienes y recursos básicos que requiere garantizar el funcionamiento de la economía, mediante el aumento de la producción de exportación y producir para defender un mínimo nivel de vida de los trabajadores en esta etapa de sobrevivencia económica que vive el país y la urgente necesidad de mayor productividad y eficiencia en la gestión económica nacional. (94).

Todo esto requiere mayor racionalización en el uso de los recursos materiales, elevación de los rendimientos productivos de los trabajadores y una mayor organización de la producción y los servicios, para poder lograr cierta recuperación de la producción, reducir las presiones inflacionarias y mejorar la distribución.

Hay una fuerte tensión entre precios, salarios y gastos estatales, la inflación es un problema importante porque deprime el valor real de los salarios ya que fomenta la especulación y dificulta la planificación de la economía; el desarrollo del sector agrícola significó un crecimiento del 15.5%. (95).

La calidad de los servicios se ha deteriorado, por ejemplo en -- Managua el abastecimiento de agua potable es crítico, pues la laguna de Asososca no recupera el nivel requerido de captación, por lo que se da el racionamiento y distribución proporcional de agua a toda la población; sin embargo se ha aumentado el número de conexiones de -- agua potable y alcantarillado sanitario.

La educación superior ha logrado egresar 15,000 técnicos y profesionales algunos de los cuales no se han dedicado al ejercicio de su profesión; los índices de empirismo de los docentes se incrementa en la medida que la deserción anual de la fuerza de trabajo del sistema educativo es superior a su capacidad de egreso. (96).

En relación a la vivienda, el ritmo de crecimiento de la población es más rápido que la capacidad de ejecución de acciones habitacionales.

Los programas de bienestar y seguridad social están orientados a responder a la demanda de servicios de la población infantil rural, los desplazados, lisiados de guerra, huérfanos y los familiares de los caídos en la defensa de la patria.

La cultura está apoyada en los movimientos populares y bibliotecas públicas y la promoción de los artistas nicaragüenses a nivel nacional e internacional.

La población económicamente activa tuvo un incremento del 3.7% presentándose escasez de mano de obra en la producción hubo incremento en el sector terciario y la alta rotación de personal lo que conllevó a la revisión del SNOTS.

Se priorizaron las inversiones referidas a los productos de exportación de consumo básico y la infraestructura económica y social. El programa de inversiones alcanza un monto C\$79,331.4 millones de córdobas, el 72% para inversiones públicas y el 28% para créditos a mediano plazo para apoyar la producción en el sector agropecuario. La deuda externa asciende a US\$5,687.2 millones de dólares. (97).

El estado de salud de la población no ha mejorado a pesar de los esfuerzos y recursos invertidos en él, ya que la situación higiénica ambiental es desfavorable por la baja cobertura de agua potable ---- (40.4%), alcantarillado sanitario (20.2%) y servicios de recolección y disposición final de basura r. deficiente, y presentándose las -

EDA, las ERA, la tosferina y sarampión en menores de 5 años y ---  
 entre las no transmisibles están las lesiones traumáticas por ---  
 causas violentas con altas tasas de mortalidad.

#### 6.5.1 Situación actual del MINSA, servicios de salud

El nivel de desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud -  
 (SNUS) está caracterizado por una insuficiente articulación tanto de  
 los servicios del MINSA como de los otros servicios existentes, ya  
 que el de las Fuerzas Armadas, otras instituciones y el sub-sector  
 privado no tienen una clara definición y ritmo de desarrollo que -  
 caracterize a cada uno y defina las relaciones entre ellos.

El desarrollo de la regionalización es heterogéneo e insuficien  
tes, ya que hay reducción de la cobertura por la agresión, alta ro-  
 tación de personal y formas organizativas que no se corresponden a  
 las necesidades de la población. Persiste el escaso nivel de auto  
 suficiencia de las regiones, la inestabilidad de los cuadros y una  
 limitada descentralización administrativa que limitan su grado de --  
 consolidación.

Continúa la desarticulación del nivel primario con el nivel secun  
dario, careciéndose incluso de un marco jurídico que regule y norma  
 los diferentes procesos sociales y económicos en materia de salud.

Para concretizar esos propósitos en que se dá la propuesta del -

reordenamiento metodológico de la práctica y el proceso de planificación en salud, elaborado por DIPLAN donde se reflejan algunos problemas que interfieren en este proceso ya que no existe un desarrollo consolidado de la planificación en cuanto a práctica institucional por la falta de una concepción consensual de lo que es el proceso y la práctica de planificación. Se han desarrollado prácticas antagónicas en dicho proceso como son el verticalismo, coyunturalismo y la falta de coordinación.

Además el carácter formal que ha tenido la participación en la elaboración de los programas, no ha conseguido articular orgánicamente el sistema de planificación en salud y los agentes que intervienen en ello no cuentan con las normas y procedimientos que optimicen su proceso de trabajo.

La complejidad del desarrollo, institucional limita a la planificación como práctica ya que el proceso normativo del MINSA apenas se inicia. Podemos decir además que la formación de recursos humanos en esa área no responde a las exigencias del sistema, limitando por tanto la práctica científica de la planificación. Otro elemento que influye grandemente es el poco desarrollo de la información que se encuentra atomizado y disperso.

La evaluación realizada del proceso de formulación de planes de salud determinó la necesidad de abrir a discusión las metodologías utilizadas, es así que en la elaboración del plan 87, contó con medidas organizativas para su formulación y definición de sus diferen-

tes etapas metodológicas, emarcadas dentro de la realidad, dando la Institucionalización de la Planificación en todos los niveles del -- Sector Salud, para obtener coherencia y racionalidad en su proceso - de desarrollo. Es así que la División General de Planificación prepara la metodología de la elaboración de los planes regionales de gran importancia para la elaboración del plan nacional. (98).

El modelo de análisis para hacer el diagnóstico de la realidad, se planteó como objetivo conocer el estado de salud de la población, confrontado con la producción de servicios, como categoría principal, la cual a su vez es dependiente de otras categorías como: Fuerza de Trabajo Abastecimiento Técnico-Material, Finanzas, Desarrollo Científico, Mantenimiento e Inversiones atravezadas por otras categorías - secundarias como son la disponibilidad, la distribución, utilización y reproducción, las cuales permitían conocer las dinámicas internas de cada categoría básica. (99).

En este año se plantean dos objetivos generales para el sector, uno es contribuir al fortalecimiento de la disposición combativa y - la capacidad productiva de la población para derrotar la agresión y enfrentar los problemas económicos del país. Así el sector debe -- ser un instrumento para fortalecer la hegemonía política de la Revolución Popular Sandinista.

Estos objetivos derivaron algunos específicos como son evitar el deterioro del Estado de Salud de la población, elevando la prestación de los servicios en cuanto calidad y cantidad con los recursos disponibles y avanzar en el fortalecimiento orgánico y desarrollo institu

cional.

Se establecieron políticas generales las cuales están en relación a las categorías del Plan.

Un lineamiento general señala que hay que promover y dinamizar la contención del deterioro de la situación higiénico-sanitaria a través de una adecuada gestión con otras instituciones estatales y organismos de masas.

Otra de las políticas es contener el deterioro del perfil epidemiológico priorizando problemas de salud y grupos de población.

En este período se deben incrementar los niveles de producción, productividad de las acciones de salud, en base a una mayor organización de los servicios y una utilización más racional de los recursos.

Se definen para este año las políticas específicas para la fuerza de trabajo, teniendo en cuenta que los recursos humanos son valiosos y determinantes en el sector ya que hay que dar respuesta a algunos problemas relacionados con ellos en cuanto a desproporción, alta rotación, e inadecuada utilización por lo que hay que ordenar las funciones de asignación, contratación, promoción y utilización de la Fuerza de Trabajo.

Estas políticas representan un salto cualitativo ya que se articulan las estructuras que tienen que ver con dicha categoría para --

darle una direccionalidad coherente con su desarrollo.

El conjunto de las políticas de esta categoría abarcan los principales problemas identificados teniendo como punto de partida la necesidad de definir la política de Recursos Humanos de Salud, tanto de médicos para-médicos, como del personal administrativo y de apoyo tomando en cuenta la necesaria armonía entre ellos y de acuerdo a la filosofía y principios del SNUS.

La comisión de fuerza de trabajo creado en 1986, efectuó un análisis de la fuerza de trabajo del MINSA y presentó a la Dirección Superior las líneas generales a corto y mediano plazo, las políticas y actividades generales que al ser confrontados con otras categorías del plan de salud resultaron las políticas y las actividades principales del plan de salud 1987.

Podemos considerar que aún con los logros obtenidos en la Planificación del Plan de Salud 1987 los componentes del proceso general de desarrollo de los recursos humanos en salud no son enfocados de manera integral por las diferentes estructuras responsables.

#### 6.5.2 Desarrollo y planificación de fuerza de trabajo.

La planificación de los recursos humanos no tenía un modelo que incorporara ese enfoque sumado a las características del desarrollo institucional del MINSA lo que implica un insuficiente e inadecuado abordaje de los problemas y de otros factores que intervienen en el



desarrollo de dicho proceso.

En ese sentido lo que se orientó es la formulación del Plan Quinquenal para la formación de Recursos Humanos, el que requirió de todo un proceso de capacitación de los involucrados para poder llevar - adelante los distintos momentos metodológicos.

A principios de junio 1987 se realizó el primer Taller Nacional de Metodología para la Formulación del Plan Quinquenal con miras a - ampliar y profundizar el ámbito del análisis y formulación de políti - cas para el desarrollo de la fuerza de trabajo y reactivar la Comi - sión Nacional de Planificación de Recursos Humanos en Salud, integra - da por los delegados de todas las estructuras sustantivas y de apo - yo a nivel central del MINSA, representantes del MINT, E.P.S., UNAN, CNES y MED. La comisión nombró una secretaría técnica, integrada - por funcionarios del MINSA, contando con el apoyo de la O.P.S.; los que se encargaron de elaborar la metodología y desarrollar el proce - so de formulación del plan. Definió un programa de trabajo y se -- organizaron sub-comisiones responsables para la ejecución de activi - dades específicas.

En el mes de julio la Dirección Superior bajo la Revolución Mi - nisterial No. 52, orientó se reactiven las demás comisiones institu - cionales de planificación, con miras a la elaboración del plan de - salud 1988 -1990. Decisión que significa un cambio de enfoque y una redefinición metodológica en relación a las experiencias acumuladas en los últimos 8 años.

La elaboración de la metodología se hizo en etapas: El análisis de Situación, el Diseño Perspectivo hasta 1992 y el Plan de Acción - 1988 - 1992 donde posteriormente cada estructura disgregará sus actividades.

En la definición de la metodología de Análisis de la situación - de la Fuerza de Trabajo, el grupo tomó como base la experiencia de - 1987 para perfeccionar y adecuar el diseño metodológico a los propósitos del plan quinquenal.

Las perspectivas de incidir en el mediano y largo plazo presuponen que además de conocer las tendencias configuradas en el proceso histórico de desarrollo y su situación actual, se proyecten las tendencias del desarrollo futuro como base para la formulación de políticas dirigidas no sólo al mantenimiento y racionalización de la -- Fuerza de Trabajo en Salud, sino también al cambio y a la transformación de las tendencias actuales, con miras a adecuar el desarrollo - integral de los procesos de formación, capacitación, distribución y utilización de dichos recursos, a los requerimientos del desarrollo futuro del sistema de salud.

Es así que la metodología se basó en 3 criterios:

1. El Plan Quinquenal será multi-institucional.
2. El análisis de la Fuerza de Trabajo en salud abarca la producción (formación y capacitación) y el consumo, (captación, contratación, distribución y utilización).
3. Se realizará en términos retrospectivos y prospectivos, para conocer las tendencias del desarrollo de la Fuerza de Trabajo en

salud y determinar las necesidades y ofertas futuras.

La planificación se plantea como "Conceptos Operacionales" los de oferta y necesidades o requerimientos de Fuerza de Trabajo. Necesidades o requerimientos de personal se refiere a la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo que el sistema de salud demandó para funcionar y cumplir con sus propósitos y objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Oferta significa la disponibilidad y las características de la misma en un momento dado o en el futuro.

En este taller se propone trabajar con el marco de referencia -- para la planificación de personal de salud reflejada en la fig. 1 - (anexo No. 6) las necesidades se determinan a partir de las opciones políticas a cerca del desarrollo del sistema de servicios de salud y sus características en cuanto a modelos de organización y funcionamiento. Los "Servicios actuales" definen la llamada demanda efectiva o necesidades actuales. El desarrollo actual de los servicios condicionan la configuración de ellos en el futuro inmediato y lejano, lo que condiciona y define las necesidades futuras del personal, la oferta es determinada por la estructura, composición y perfiles existentes en el momento actual.

Para conocer la oferta en su totalidad no es suficiente, conocer la situación actual, es necesario el conocimiento de los procesos que inciden en la situación actual y determinan la oferta futura como -- son: "El desarrollo del proceso educativo" (formación y capacitación

y administrativo (Captación, contratación, distribución y utilización).

La formación es un proceso previo a la inserción en el proceso de trabajo y la capacitación, se desarrolla en ese mismo proceso la cual está dirigida a los trabajadores de salud empleados en la producción y gestión vinculada con el desarrollo de las actividades de salud.

La administración de personal incluye el proceso de captación (Reclutamiento y Selección), contratación, distribución y utilización. La captación es el momento inicial de inserción de la Fuerza de Trabajo.

La contratación establece los derechos y deberes del trabajador en relación a la institución que lo emplea.

La distribución son los distintos procesos desde la distribución territorial. La utilización abarca la ejecución del trabajo.

Aquí, el desarrollo del proceso educativo provoca cambios de orden cuantitativos y cualitativos en el personal de salud, incide sobre las disponibilidad, estructura, composición y perfiles de la Fuerza de Trabajo. El desarrollo del proceso administrativo, a través de la captación, contratación, distribución y utilización, hacen que podamos entender la estructura de la Fuerza de Trabajo como una estructura en movimiento el cual produce el fenómeno de "rotación

y deserción" del personal que se puede dar por muerte, jubilación, promoción, circulación interna en las instituciones del sector salud, o externa en el caso de migraciones para otros sectores de la economía o para el exterior del país.

El desarrollo de la fuerza de trabajo se determina por un conjunto de políticas que orientan el desarrollo de los servicios, el proceso de formación y el de administración de personal de salud.

Se presentan 3 grupos políticos que inciden sobre este desarrollo que son: la política de salud, la educativa y la de empleo y salario que intervienen en la determinación de todo el proceso de configuración de la oferta y necesidades de personal.

La necesidad de dirigir el curso de ese proceso para adecuar el desarrollo de la oferta de la Fuerza de Trabajo a las necesidades de personal definidos en los servicios es lo que determina la existencia de la planificación de la Fuerza de Trabajo.

El objetivo de la planificación es conocer la situación actual y sus tendencias de desarrollo, identificar los problemas, explicando sus condicionantes y determinantes, tomando en cuenta las necesidades futuras, definir la situación deseada, que actúe como marco de referencia al establecimiento de objetivos, políticas y estrategias que se desarrollarán para alcanzar la situación deseada y finalmente, formular y ejecutar el conjunto de acciones que permitirán el logro de los objetivos y la situación deseada en el futuro.

El 9 de octubre se efectúa el 2do. taller metodológico para realizar el análisis e identificar problemas que se presenten en el proceso de formación y capacitación, la estructura y composición y la administración de la Fuerza de Trabajo en el MINSA. Participaron los miembros de la Comisión Nacional de Planificación de la Fuerza de Trabajo y responsables de las escuelas formadores de perfiles profesionales.

En el mes de noviembre se efectuó el tercer taller, en él se presenta el desarrollo de la Fuerza de Trabajo 1980-1987 con el análisis de la situación actual, los problemas y políticas.

Se elaboró el Diseño Perspectivo del Plan Quinquenal de Desarrollo de la Fuerza de trabajo, el cual comprende:

1. El escenario probable.
2. Situación objetivo, vinculado a cada uno de los problemas teminales e intermedios identificados y seleccionados y como inciden en la resolución de los nudos críticos.
3. Metas del quinquenio
4. Plan de acción a cumplirse en el quinquenio 1988 -1992.
5. Recursos.

#### 6.5.3 Formación de Recursos Humanos en Salud.

En relación a la formación de recursos humanos en salud durante 1987, podemos decir que este es uno de los componentes estratégicos más importantes del desarrollo del SNUS incidiendo diversos grados de insuficiencia cualicuantitativa en relación con las necesidades.

reales del país, y el desarrollo cultural y técnico científico de la sociedad como un todo lo que limita el proceso de Selección, Formación y Promoción de los Recursos Humanos de Salud.

Por coordinaciones MINSA - CNES hay más participación en las decisiones sobre los planes de ingreso a las carreras universitarias, hay responsabilidad conjunta en el internado rotatorio de la carrera de Medicina, el MINSA es responsable del SSRO y los postgrados en salud que se brindan en el país en 9 hospitales docentes y el CIES para la maestría de Salud Pública y Epidemiología.

Aún se privilegia en la práctica docente al hospital se han formado 283 especialistas en áreas clínico-quirúrgicas y 73 en Salud Pública, en este año se inicia la formación de postgrado en Medicina Integral.

#### 6.5.3.1 Formación de Técnicos y Auxiliares

Se cuenta con 13 unidades docentes en el país, en el Instituto Politécnico de la Salud (I.P.S.) "Luis Felipe Moncada" (LFM), Managua se imparten 13 carreras (6 técnicos superiores, 3 técnicos medios y 4 auxiliares) a nivel normativo los técnicos superiores están regulados metodológicamente por el CNES, los técnicos medios por el MED y los auxiliares por el MINSA incluyendo anestesia. Se dan problemas en la selección de los estudiantes ya que su procedencia es mayoritaria del pacífico.

En técnicos superiores se tuvo un egreso de 515, en técnicos medios 416, técnicos básicos 49 y auxiliares 691, para un total de --- 1,671.

En 1987 se da la integración del Instituto Politécnico de la -- Salud (I.P.S.) Luis Felipe Moncada a la III Región y la reestructuración orgánica de la Dirección General de Docencia e Investigación.

Se inicia la formación de personal técnico y de auxiliares de enfermería en el Ejército Popular Sandinista. (E.P.S.).

#### 6.5.4 Capacitación de la Fuerza de Trabajo en Salud.

El incremento de las necesidades de la Educación continua no ha sido correspondiente con la capacidad de respuesta de su estructura, aún no hay una metodología para determinar las necesidades, ni un programa sistemático de Educación Continua (E.C.O.), dándose duplicidad de acciones para otras direcciones generales.

En relación a educación sanitaria hay un bajo nivel de conciencia sanitaria en los trabajadores de la salud y de la población.

Respecto a las becas hay un ordenamiento de la política becaria tanto a lo interno como a lo externo del país.

#### 6.5.5 Administración de la fuerza de trabajo en salud.

En relación a la disponibilidad de la fuerza de trabajo podemos



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

decir que hay un incremento del 47% en relación al año 1980 ya que se cuenta con 21.310 trabajadores, de los cuales 1,754 son médicos, 263 odontólogos, 1,267 enfermeras y 5,296 auxiliares, teniéndose un indicador de 5.4 médicos/10,000 hab., 079/10,000 hab., odontólogos 3.3 enfermeras/10,000 hab. y 11.0 auxiliares de enfermería/10,000 hab. (anexo No.14).

En el último quinquenio se presentan factores negativos que influyen en la dinámica de la fuerza de trabajo; la transferencia al sector informal, riesgo en las zonas de guerra, desigualdad en las condiciones laborales, limitaciones de infraestructura para el trabajador tanto vivienda, transporte, etc. y una insuficiente política de cuadros lo que conlleva a una alta rotación e inestabilidad del personal y la no consolidación del MINSA.

Se da una alta deserción en los cargos comunes pero también en el personal de enfermería, médicos y odontólogos lo que nos indica una formación improductiva.

En este año se da la compactación de cargos, como una respuesta organizativa institucional tanto de los servicios como la perfilación de las unidades y la definición de las plantillas básicas, aún no se descentraliza la nómina y teniendo como elemento tensionante la información que carece de veracidad por las inconsistencias, la cual no apoya la toma de decisiones.

Es en este año que se paga el incentivo de antigüedad de acuerdo a tabla que se aplica en el sector productivo. (100)

En cuanto a la utilización de la Fuerza de Trabajo, podemos decir que aunque hay un incremento en la producción de servicios se dá por un mayor volumen de oferta de los recursos y no de una mayor productividad de los mismos.

Para el personal de enfermería a nivel de áreas de salud se establece la programación del 45% lo del fondo de tiempo disponible; para el resto de programas no se sabe y aún no existe una política de selección y formación de cuadros que den estabilidad al personal para alcanzar los objetivos del sistema.

Este año se crea el grupo nacional de enfermería órgano integrado por enfermeras graduadas para asesorar al Ministerio de Salud en el campo de enfermería. (101).

## VII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

7.1) Deteminantes históricos - concretos y abstractos formales de la planificación de la fuerza de trabajo en salud.

De acuerdo a todo lo descrito anteriormente en cada uno de los períodos, el desarrollo del proceso de planificación de Recursos Humanos en salud, ha estado subordinado por las características del proceso de transformaciones del estado y la sociedad nicaragüense, por las diferentes coyunturas que ha enfrentado la Revolución Popular -- Sandinista y la crisis económica a nivel internacional que han incidido en todo el proceso de desarrollo del sistema de salud, enmarcados por una agresión política, económica y militar que ha limitado el proyecto revolucionario.

Podemos señalar, que el modelo de atención definido en los primeros años, evidenció las limitaciones de todo el desarrollo de lo que había sido el sistema de salud del país. De tal manera, que ésta sería la primera dificultad para la articulación de todos sus componentes que estaban determinados por el desarrollo económico social del país, el sistema jurídico institucional y el desarrollo institucional del sector, siendo esto más evidente en lo que respecta a los recursos humanos, los cuales deberían corresponderse con la red de infraestructura, la ciencia y la tecnología médica y las prácticas de salud.

Desde la perspectiva de la política de salud ésta se ha expresado concretamente, a través del proceso de extensión de cobertura, la transformación de la práctica sanitaria, donde la atención primaria se ha colocado como estrategia privilegiada, en la que, la participación popular es un pilar fundamental en la resolución de los problemas de salud.

Este proceso de concreción de la política de salud, ha sido un elemento contradictorio para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, ya que en la práctica ha persistido el privilegiar al nivel secundario, lo que se ha expresado concretamente en la distribución de la misma, así como en la formación especializada de los recursos.

En ese sentido podemos señalar, que el proceso de desarrollo de la planificación sanitaria del país, ha incidido en la planificación de la Fuerza de Trabajo en salud, ya que se plantearon como políticas de salud la extensión de los servicios que conllevó a la creación de un creciente aumento de infraestructura a nivel nacional, la cual no fué totalmente coherente con la formulación de programas de formación de recursos y de inversiones, los que no fueron elaborados a partir de un análisis exhaustivo de los problemas de salud de la población, sino a partir de una percepción muy general de los mismos.

Así se comienza la formación de recursos humanos de una manera empírica, para responder a la demanda creciente de servicios de parte de la población y a la necesidad de dar cumplimiento a las políticas definidas por la revolución, es decir no estaba determinada por nece-

sidades a corto, mediano y largo plazo.

Es así que se abrieron nuevos cupos de ingreso en diferentes carreras universitaria y técnicas, sin efectuar un análisis previo de dichas necesidades, como sucedió en el incremento del número de profesionales de odontología que al ser egresados no tenían los equipos y recursos materiales odontológicos necesarios para el desarrollo de sus actividades, también se incrementó el número de cupos de ingreso a medicina y a enfermería lo que tuvo un impacto en la posibilidad de formar enfermeras de tal forma que ambas crecieron de una manera distorsionada ya que aún en este momento existe una relación de tres médicos por una enfermera. Otro ejemplo se da con la matrícula de las quince especialidades clínico - quirúrgicas y la de Salud Pública los cuáles comenzaron a competir.

Esto significa que el crecimiento de la formación de recursos humanos relativos al número de ingresos, se ha determinado por los requerimientos de la extensión de cobertura, por las demandas propuestas por los servicios en base a sus formas organizativas particulares, por la capacidad de formación y disponibilidad financiera; sin que ésto estuviera orientado a la concreción de una determinada estructura y composición de la fuerza de trabajo en salud, que en ningún momento del proceso de planificación fué formulado.

Esta situación es producto de que no se consiguió establecer claramente lo que debería ser dicha estructura y composición ya que ni la estructura especializada en la definición del desarrollo de los

servicios en general y de los recursos humanos en particular (Atención Médica), ni aquellas otras que por su carácter más globalistas inciden en este proceso (Planificación, Dirección Económica, etc.) y por su parte la estructura especializada en el proceso de formación (Docencia e Investigación) lo fué desarrollando sin tener una imágen objetiva claramente definida.

Es con el Plan Integral de Actividades de Area de Salud que se pudo tener la oportunidad de ir estableciendo la estructura y composición de la fuerza de trabajo dentro del modelo organizativo definido por el Ministerio de Salud para la Atención Primaria, pero que se perdió ya que a partir de 1984 se tiene que atender a las demandas que genera la guerra, colocando al sistema en una crisis estructural, tanto a nivel del modelo de atención y de gerencia lo que ha sido más evidente a nivel hospitalario donde ni siquiera hasta el momento se definió alguna propuesta que permita establecer dicha estructura y composición de la fuerza de trabajo en salud.

Sin embargo, desde 1985, se viene intentando un reordenamiento del desarrollo del sistema de salud, a partir de intervenir a nivel de la super estructura del Ministerio de Salud, estableciendo una reestructuración orgánica y funcional más coherente con las necesidades de una conducción única, así como a nivel del desarrollo de los servicios, aunque en este último caso por su complejidad ha sido un proceso más cauteloso.

La dinámica de este proceso ha venido colocando nuevas perspecti

vas al proceso de planificación sanitaria y por tanto a la planificación de la fuerza de trabajo en salud, lo que ha quedado evidenciado más claramente en el último año del período analizado.

Esto hay que entenderlo también desde la óptica de la acumulación de experiencias durante todos estos años y del desarrollo de un mayor conocimiento y manejo de las reglas que intervienen en el proceso de desarrollo de recursos humanos.

De tal forma que si bien desde el punto de vista formal ha habido un flujo y reflujo del desarrollo de la planificación sanitaria esto dejó cierto grado de libertad a la planificación de Recursos Humanos lo que se evidencia en el primer intento de formulación de un plan -perspectivo de formación de recursos humanos que por lo señalado anteriormente no logró institucionalizarse. Este plan prospectivo que fué una experiencia ectópica dentro del sistema, trató de combinar distintos métodos que no necesariamente se utilizaban a nivel de la Planificación Sanitaria, como eran los cálculos cuantitativos --- a través de indicadores y el método heurístico.

Esto permite inferir que hay una autonomía relativa en cuanto a la concepción, métodos y técnicas de la planificación de recursos humanos en su relación con la planificación sanitaria, que está más vinculado a la acumulación de experiencias a lo interior de la institución, así como a la calidad técnica de los cuadros.



De la misma forma, debe señalarse que el desarrollo de otros procesos institucionales tienen una marcada incidencia en las posiblidades de la planificación de recursos humanos, como es el caso del desarrollo del sistema de información, la formulación de una clara política de empleo y salario y el reordenamiento técnico que debe tener la organización de la fuerza de trabajo en salud.

Mención particular debe tener lo relacionado al proceso de formación que para el caso particular de Nicaragua esta incidido -- por la política educativa a nivel más amplio, como el ordenamiento -- metodológico que le ha venido imprimiendo el Ministerio de Educación y el Consejo Nacional de la Educación Superior.

7.2) Los sujetos de la planificación de la fuerza de trabajo en salud en Nicaragua.

Durante el desarrollo de este proceso se ha venido observando -- que el sujeto principal ha sido el aparato estatal Ministerio de -- Salud, a nivel de la conducción central formulando y proponiendo políticas que han estado más ligadas a la formación y que además por el mismo desarrollo histórico que ha tenido la Revolución ha hecho que los otros sujetos que intervienen en el (CNES, MED, MITRAB, UNAN, etc) se fueran incorporando gradualmente.

En los primeros años estos sujetos no asumieron formas organizativas que los condujera al desarrollo de este proceso, sino que ha -- sido el sujeto estatal en este caso el Ministerio de Salud el que ha

de los técnicos al frente de las actividades de salud.

En los primeros años encontramos que se han formulado políticas muy generales que orientaban el desarrollo del sistema de salud pero que su aplicación en la práctica enfrentó una serie de obstáculos --- como la guerra, la organización institucional y la formación y capacitación de los cuadros dirigentes.

Es por esto que se ha tenido una atomización de los problemas - en la organización, que se han producido incoherencias, aún no hay - nomativas y técnicas de algunos programas y se carece de un sistema de información adecuado, que ayude a la toma de decisiones en ese as- pecto.

A nivel de las coordinaciones extra institucionales tenemos que hay convergencia de otras políticas relacionadas con otros sectores que inciden en las actividades del sector salud y que adquieren particularidad en la intervención integral del desarrollo de los recursos humanos, dándose actividades aisladas sobre el manejo de la fuerza de trabajo en salud.

Con el plan prospectivo de desarrollo de los servicios de atención primaria y secundaria que surge por la necesidad de dar respuesta a un problema planteado, utilizó una metodología que fué una combinación, definiéndose a partir de la propia solución del problema, considerando el método heurístico con las técnicas de la estadística descriptiva e inferencial.

ido estableciendo formas organizativas de integración de los otros. Donde cada uno tiene su forma particular de relacionarse en el proceso de la planificación de los recursos humanos.

Es a partir de 1985 con la crisis del sistema de salud que surge la necesidad histórica de que las inter-relaciones intra e interinstitucionales sean más orgánicas y es por lo que surge en 1986 la Comisión de Fuerza de Trabajo en Salud incorporando incluso los otros sub - sectores (Fuerzas Armadas), no logrando integrar aún al sector privado. Esta comisión se integró elaborando un plan de trabajo y que es hasta 1987 que trabaja en la formulación del plan quinquenal de formación de recursos humanos que surge para ser implantado de -- 1988-1992.

### 7.3. Metodologías de la Fuerza de Trabajo en Salud.

Anteriormente no había existido una definición metodológica de recursos humanos a excepción del plan prospectivo de 1982 donde se hizo una cuantificación de recursos humanos necesarios en la atención primaria y la atención secundaria basado en el método heurístico de consulta a expertos nacionales y extranjeros.

Lo que se ha realizado son diagnósticos parciales de acuerdo a intereses de algunos servicios por ejemplo el departamento de enfermería nacional en los años 82- 83, hizo un diagnóstico de sus recursos sin llegar a la formulación de políticas ni a la definición de un plan específico a largo plazo.

Es hasta 1986 con la creación de la comisión de Fuerza de Trabajo en Salud donde se elabora una propuesta metodológica para realizar un diagnóstico y formular políticas, se avanza ya para 1987 con la metodología utilizada en la elaboración de la propuesta del plan quinquenal de formación de recursos humanos en la cual definimos tres fases:

1. El análisis de la situación de la fuerza de trabajo.
2. El diseño perspectivo.
3. Plan de acción 1988 - 1992.

Es decir que existe acúmulo de conocimientos institucionales que permiten avanzar con esta propuesta hacia la ejecución de un diseño perspectivo en el desarrollo de la fuerza de trabajo.

7. 4. Resultados del proceso de planificación de la fuerza de trabajo en salud.

Como producto de todo este proceso complejo podemos señalar que aún se carece de un plan perspectivo de desarrollo del Sistema Nacional Unico de Salud, como tal que integre todos los subsistemas de salud; aunque ya se trabaja en la elaboración de un plan trienal 1988 - 1990 institucional del aparato estatal (MINSA), limitante que ha influido en la falta de claridad en el balance de la oferta y las necesidades de recursos humanos a nivel nacional.

Se han formulado planes a corto plazo los cuales se han elaborado con diferentes metodologías relacionadas a las concepciones y métodos

El método heurístico, que comprende un conjunto de procesos, que utiliza la experiencia, el conocimiento anterior, la creatividad de un número de personas, que a través de un proceso de discusión dialéctica de ideas y experiencias brindan alternativas de soluciones al problema.

En el plan de salud 87 se obtiene un producto, cuyo modelo de análisis es hacer el diagnóstico de la realidad, se planteó como objetivo conocer el estado de salud de la población, confrontado con la producción de servicios, como categoría principal, la cual a su vez es dependiente de otras categorías como Fuerza de Trabajo, abastecimiento Técnico -material, Finanzas, Desarrollo Científico, Mantenimiento e Inversiones, atravesadas por otras sub-categorías secundarias como son la disponibilidad, la distribución, utilización y reproducción, las cuales permitieron conocer las dinámicas internas de cada categoría básica.

Esta metodología es analizada integralmente por la Comisión Nacional de la Fuerza de Trabajo a partir de la oferta - demanda, planteada desde el análisis de situación hasta el diseño prospectivo para 1992 y el plan de acción quinquenal. Todo esto está reflejado en la formulación del Plan Quinquenal de Recursos Humanos, basado en sus tres características: multi - institucional, el análisis de la Fuerza de Trabajo abarcó la producción y el consumo y se hizo en términos retrospectivos y prospectivos, trabajando con el marco de referencia para la Planificación de Personal reflejado en la figura 1. (anexo 10).

De acuerdo a los problemas analizados se formularon políticas, se hizo el diseño prospectivo que comprendió el escenario probable, la situación objetiva relacionándolo con los problemas encontrados, las metas del quinquenio el plan de acción y los recursos.

Esto representa un salto cualitativo en la planificación de --- salud en el MINSA haciéndose grandes esfuerzos para que este primer intento de Planificación de la Fuerza de Trabajo en Salud, se concretiza institucionalmente a partir de su implementación.

CONCLUSIONES

## C O N C L U S I O N E S

1. De acuerdo a este estudio de la Planificación de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud aún es un proceso incompleto e insuficiente, desde el punto de vista metodológico como práctica específica de la planificación y como proceso institucional en el que aún no se articulen coherentemente todos aquellos componentes que intervienen en el desarrollo de la Fuerza de Trabajo (política salarial, educativa y desarrollo de los servicios).
  
2. En el desarrollo de la planificación de los Recursos Humanos ha -- tenido una autonomía relativa con respecto a la planificación sanitaria, lo que obedece al proceso contradictorio que ésta a tenido en su desarrollo. Sin embargo este proceso comienza a revertirse más recientemente.
  
3. El componente más desarrollado hasta este momento ha sido la intervención sobre el proceso de formación de Recursos Humanos en el -- que se han establecido normas, reglamentos, programas, que a pesar de ser insuficientes permiten direccionar dicho proceso. En menor escala se han desarrollado los componentes de la distribución de la Fuerza de Trabajo careciéndose aún de normación en ese aspecto, siendo el componente más deficitario la administración de personal, contradictoriamente uno de los componentes más importantes en medio de la crisis que ha venido atravesando el sistema.



4. Desde el punto de vista técnico - metodológico aún persiste un desarrollo insuficiente de la Planificación de Recursos Humanos lo que está asociado al nivel de desarrollo científico técnico alcanzado institucionalmente.
5. Existe un pobre desarrollo y desarticulación del sistema de información de Recursos Humanos, el cual es un componente fundamental en la planificación de la fuerza de trabajo.
6. La base organizativa de los sujetos fundamentales en la planificación de Recursos Humanos, ha sido un proceso contradictorio, en el cual han jugado un papel central las estructuras burocráticas del MINSA, sin contar con una participación beligerante de los trabajadores. Es recientemente que se han venido incorporando otros sujetos que de una u otra forma intervienen en el desarrollo de la fuerza de trabajo.
7. En general es insuficiente el proceso de normación y reglamentación a nivel de los servicios de salud lo que dificulta el desarrollo del proceso de planificación de Recursos Humanos.

R E C O M E N D A C I O N E S

## R E C O M E N D A C I O N E S

1. Es necesario avanzar en el diseño del proceso institucional, que permita articular los distintos componentes que inciden en el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y que expresen, en lo que debe ser el eje de la política de Recursos Humanos al interior de la política de salud.
2. Es necesario avanzar en el desarrollo de las bases conceptuales metodológicas y técnicas de la planificación sanitaria, de tal manera que establezcan el marco de referencia y el vínculo necesario con la planificación de recursos humanos y que éste se exprese con la práctica institucional.
3. Es necesario formular un programa de capacitación del personal involucrado en el proceso de planificación de recursos humanos, que permita tener una masa crítica de cuadros que impulse y apoye los aspectos técnicos y metodológicos de la planificación de recursos humanos en salud.
4. Se deben desarrollar normas, reglamentos y formas organizativas que logren satisfacer las necesidades de los servicios de salud para identificar en sus particularidades su vinculación con el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.
5. Es urgente organizar un sistema de información único de la fuerza de trabajo que atienda a todas las necesidades de información de -

los distintos sujetos que tienen que ver con el proceso de planifi-  
cación de la fuerza de trabajo.

6. Es necesario garantizar la participación democrática de los traba-  
jadores en el proceso de planificación de la fuerza de trabajo para  
lograr su desarrollo integral.
  
7. Se deben desarrollar investigaciones sobre el desarrollo de la --  
fuerza de trabajo que le den continuidad a este estudio y al desa-  
rrollo del plan quinquenal de formación de recursos humanos.

## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lenín, Vladimir Ilich "Acercá del Estado"  
Página 2- 6 Editorial Progreso - Moscú
2. "Planificación de la Economía Socialista".  
Editorial Orbe. La Habana 1976
3. Idem, página 18 - 21
4. "Guía para la Planificación" de los recursos humanos. Serie  
DRH No. 35. OPS/OMS.
5. "Recursos Humanos en Salud" Serie No. 1 - 5. Publicación para  
dirigentes de salud. OPS - Pág. 5
6. Idem.
7. Idem.
8. Idem
9. "Análisis de situación de la Fuerza de Trabajo". MINSA 1987.
10. Departamento de Educación Política F.S.L.N. (DEPEP). "Anota-  
ciones sobre Historia de Nicaragua". Tomo I. página 25 -30  
1980.
11. Wheelock, R. Jaime. "Imperialismo y Dictadura". Editorial de -  
Ciencias Sociales. Ciudad de la Habana, 1980. Pág. 100-107.
12. Cómo va Nicaragua? Centro de Comunicación Internacional. Edi-  
torial 1984.
13. Idem.

14. Idem.
15. Idem.
16. López, Núñez, Chamorro, Servés. "La caída del Somocismo y la lucha Sandinista en Nicaragua". Editorial Educa, C.A. -1979. Pág. 16 - 35.
17. Idem
18. Idem
19. Idem
20. Colectivo de autores. "Nicaragua y la Revolución Sandinista". Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1984. Pág. 57.
21. Idem.
22. López, Núñez, Chamorro, Servés. "La caída del Somocismo y la lucha Sandinista en Nicaragua". Editorial EDUCA, C.A. 1979. Pág. 274 - 280.
23. Idem.
24. Ciencias Sociales "Publicación de la Asociación Nicaragüense de Científicos Sociales" (ANIES). Año 2. No. 2.
25. Departamento de Educación Política y Propaganda del F.S.L.N. (DEPEP). "Anotaciones sobre Historia de Nicaragua". Tomo I. Página 25 - 30. 1980
26. López, Núñez, Chamorro, Servés, "La caída del Somocismo y la - lucha Sandinista en Nicaragua". Editorial EDUCA, C.A. 1979.
27. Ciencias Sociales. "Publicación de la Asociación Nicaragüense de Científicos Sociales" (ANIES). Año 2. No. 2.

28. López, Núñez, Chamorro, Servés. "La caída del somocismo y la -  
lucha Sandinista en Nicaragua". Editorial EDUCA, C.A. 1979.
29. Wheelock, R. Jaime. "Vanguardia y Revolución". Entrevista  
por Martha Hanneker. Editorial Nueva Nicaragua. Pág. 37
30. Departamento de Educación Política "La Reacción y sus ejes de  
enfrentamiento ideológico". Discurso Comandante Carlos Núñez.  
1981. Pág. 26 - 27.
31. Tunneman, B. Carlos. "Hacia una Nueva Educación". Ministerio  
de Educación. 1980.
32. Iden.
33. Vargas, a Marcio. "Enfoque No Pararemos de andar Jamás". Revis  
ta. "Ya veremos". Agosto - Septiembre 1980. Año 1, No. 3.
34. Ministerio de Salud Pública. "Plan de Salud" 1976 - 80.
35. Iden.
36. Ministerio de Salubridad Pública "Plan de Salud 1976 -80".  
Pág.
37. Iden.
38. Ministerio de Salud. "Plan de Salud 1980".
39. Iden.
40. Ministerio de Salubridad. "Plan de Salud 1976 - 80".
41. Iden.
42. Iden.

43. Comisión Interinstitucional, nombrada por J.G.R.N. "Análisis sobre la problemática del SNUS" 11, Julio 1980.
44. Galeano, Soledad "La Enfermería en Nicaragua". Publicaciones Nicaragüenses, S.A. Nicaragua, 1974.
45. Según entrevista ex-responsable de Recursos Humanos. MINSA 1987
46. "Curso sobre la problemática actual". Departamento de Ciencias Sociales. UNAN. Pág. 80 - 90.
47. Estatuto Fundamental. "Aléa 1979". No. 27.
48. "Curso sobre la Problemática actual". Departamento de Ciencias Sociales. UNAN.
49. Idem.
50. "Programa de Emergencia y Reactivación en Beneficio del Pueblo". Ministerio de Planificación. 1980 -1981.
51. Idem.
52. "El Sistema Nacional Unico de Salud". Tres años de Revolución MINSA, 1979. -1982.
53. "Condiciones de Salud y logros alcanzados 1982 -1985". Ministerio de Salud. Informe presentado en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. Nicaragua 1986.
54. "Programa de Gobierno de Reconstrucción Nacional". Nicaragua, 1979.
55. "Dos años de la Revolución Sandinista en Salud". Ministerio de Salud. División de Planificación. Septiembre. Nicaragua, 1981.
56. Idem.



57. "Principios y Funciones" . División de Recursos Humanos y Docencia, MINSA. Nicaragua 1979.
58. Amador, K. César. "Informe de la Situación de Salud de Nicaragua", presentado por el Ministerio de Salud en la XXXVIII Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1987.
59. Idem.
60. Idem
61. "El Sistema Nacional Unico de Salud . Tres años de Revolución 1979 -1982". Ministerio de Salud. Nicaragua.
62. "Principios y funciones" División de Recursos Humanos y docencia MINSA. Nicaragua, 1979.
63. "El Primer Aniversario del Sistema Nacional Unico de Salud". MINSA. Boletín No. 15. Agosto 1980. MINSA.
64. "El Sistema Nacional Unico de Salud. Tres años de Revolución 1979 -1982". Ministerio de Salud. Nicaragua.
65. "Informe del Departamento Nacional de Enfermería". Ministerio de Salud, 197.
66. Según entrevista del asesor. Misión Médica Cubana 1987.
67. "Programa de Emergencia y Reactivación Económica en Beneficio del Pueblo 1980 -1981". Ministerio de Planificación. Nicaragua.
68. "Informe de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional". Presentado por el Comandante de la Revolución Daniel Ortega S. Coordinador de la Junta en el Consejo de Estado Nicaragüense. Mayo 1981.

69. Iden.
70. Iden.
71. "Programa de Emergencia y Reactivación Económica en Beneficio del Pueblo 1980 - 1981". Ministerio de Planificación. Nicaragua.
72. "Condiciones de Salud y logro alcanzados 1982 - 1985". Ministerio de Salud. Nicaragua.
73. "El Sistema Nacional Unico de Salud. Tres años de Revolución 1979-1982". Ministerio de Salud. Nicaragua.
74. "Plan de Emergencia Individual y Colectivo". Ministerio de Salud 1980.
75. Amador K. César. "Informe de la Situación de Salud de Nicaragua" presentada por el Ministerio de Salud en la XXXIII Asamblea Mundial de Salud. Mayo 1980. Pág. 20-30.
76. "Plan de Salud 1982". Ministerio de Salud, 1980.
77. "Plan de Salud 1982". Ministerio de Salud.
78. Entrevista de Ex-funcionaria responsable de personal. Ministerio de Salud. 1980-1983.
79. "Plan de Salud". Ministerio de Salud, 1982.
80. Iden.
81. "Informe de Estudio de Personal de Enfermería". Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud. 1983.
82. Resolución Ministerial No. 14. Ministerio de Salud.
83. Entrevista a ex-funcionarios de Docencia e Investigaciones. Ministerio de Salud, 1983.
84. "Plan de Salud". Ministerio de Salud, 1984

85. "Plan de Salud". Ministerio de Salud, 1987.
86. Lineamientos de Políticas de Salud. Plan de actividades. Ministerio de Salud, 1987.
87. Entrevista a Responsable de Organización y Servicios. Atención Médica. Nivel Central. Ministerio de Salud, 1987.
88. Entrevista a Responsable con funcionarios de Atención Médica. Nivel Central. Ministerio de Salud, 1987.
89. Entrevista a funcionarios de Atención Médica. Nivel Central, 1979.
90. Resolución Ministerial No. 14. Nivel Central. Ministerio de -- Salud.
91. Resolución Ministerial No.20, Nivel Central. Ministerio de Salud. Nicaragua.
92. Entrevista a funcionarios de Atención Médica. Nivel Central. Ministerio de Salud, 1987.
93. Entrevista a Responsable de Recursos Humanos de Atención Médica. Nivel Central. Ministerio de Salud, 1987.
94. Entrevista a funcionarios del Ministerio de Salud, 1987.
95. "Plan Económico 1987". Instituto Nicaragüense de Investigaciones Económicas y Sociales (INIES).
96. Idem.
97. Idem.
98. Idem.
99. Resolución Ministerial No. 42. 1986.

100. Plan de Salud, 1987. Ministerio de Salud.
101. Circular 4 septiembre 1987. Dirección de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud.
102. Resolución Ministerial No. 54. Ministerio de Salud, 1987.

A N E X O S

### Listado de Anexo

- Anexo No. 1 Listado de documentos generales
- Anexo No. 2 Matriz de datos para la recolección de información de los planes de salud.
- Anexo No. 3 Matriz de datos para recolectar información de las entrevistas.
- Anexo No. 4 Guía para la elaboración de las entrevistas.
- Anexo No. 5 Listado de personas entrevistadas.
- Anexo No. 6 Figura 1 Marco de Referencia para la planificación de Personal de Salud. Plan quinquenal de desarrollo de la Fuerza de Trabajo. Análisis de situación 1987.
- Anexo No. 7 Organigrama del MINSA 1979.
- Anexo No. 8 Organigrama docencia 1979.
- Anexo No. 9 Organigrama del MINSA 1980.
- Anexo No. 10 Tabla No. 17 de Egresos de las carreras de Técnicos y auxiliares de la salud, MINSA. 1982-1987. Plan quinquenal de desarrollo de la Fuerza de Trabajo. Análisis de Situación 1987.
- Anexo No. 11 Tabla No. 13 de Ejecución de la Programación de las actividades de Educación Continua según temática en el MINSA 1983. Plan de Salud Anual 1984.

- Anexo No. 12 y 13 Tabla No. 36 Brigadistas y Parteras populares de Salud capacitados por región 1982-1986. Plan Quinquenal de desarrollo de la Fuerza de Trabajo. Análisis de situación 1987.
  
- Anexo No. 14 Tabla No. 1. Evolución de la Fuerza de Trabajo. MINSA 1980-1987. Plan Quinquenal de desarrollo de la Fuerza de trabajo. Análisis de Situación, 1987.
  
- Anexo No. 15 Organigrama del MINSA, 1985.

Anexo No. 1

Documentos revisados

- Convenio Colectivo de FETSALUD/MINSA 1982
- Convenio Colectivo de FETSALUD/MINSA 1985
- Convenio Colectivo de FETSALUD/MINSA 1986
- Circulares institucionales del MINSA de Recursos Humanos.
- Estudio Comparativo de Mercado de trabajo en salud en los países  
. C.A. 1986
- Plan de Emergencia para mejoras de salud individual y colectiva  
de los habitantes del campo y de los barrios marginales de las --  
ciudades y de apoyo al plan de reactivación económica 1980.
- Plan de Salud 1982
- Plan de Salud 1983
- Plan de Salud 1984
- Lineamientos de políticas de salud y Plan de Actividades 1985
- Plan de Salud 1986
- Plan de Salud 1987
- Planificación de personal de salud. Serie Infomes Técnico  
OMS 498.
- Resoluciones Ministeriales 14, 15, 20, 24, 37, 39, 42, 52, 54.
- Reglamento interno del MINSA 1985.



MATRIZ DE DATOS PARA LA INFORMACION DE LOS PLANES DE SALUD

Anexo No. 2

DIAGNOSTICO	POLITICAS	PROGRAMAS	ESTRUCTURAS

MATRIZ DE DATOS PARA LA INFORMACION DE LAS ENTREVISTAS

Anexo No. 3

POLITICA GENERAL	POLITICA ESPECIFICA	PLANIFICACION	ORGANIZACION	SISTEMA DE INFORMACION

(Anexo No. 14)

GUIA DE LAS ENTREVISTAS

1. Describa el desarrollo de la Planificación de Recursos Humanos durante su estancia.
  
2. Describa la Metodología utilizada en ese momento histórico.
  - 2.1 Diagnóstico y análisis de Recursos Humanos
  - 2.2 Formulación de políticas
  - 2.3 Definición de prioridades
  - 2.4 Normas técnicas, procedimientos y metodología de programación de personal.
    - a) Distribución
    - b) Utilización
  - 2.5 El proceso de implementación de las políticas, planes, programas o proyectos.
  - 2.6 Evaluación.
  
3. Estructura organizativa de la planificación
  
4. Apoyo de los niveles superiores (coordinación, intra e inter-institucionales)
  
5. Sistema de Información.

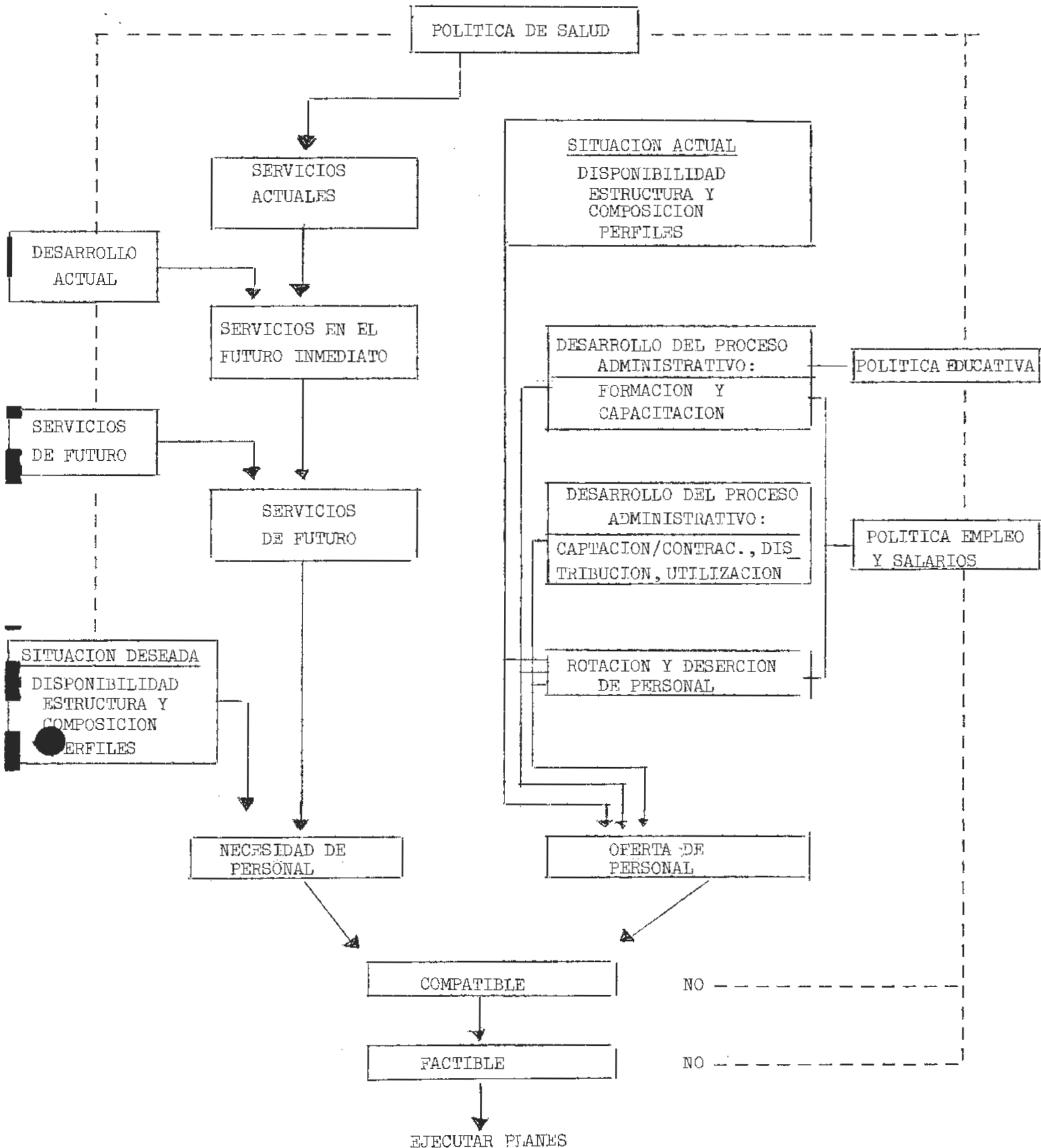
## LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

- N O M B R E	CARGO ACTUAL
1.. Dr. Jaime Espinoza Cerrando	Director de Planificación Nivel Central
2. Dr. Eduardo D' Trinidad Barbosa	Director de Investigación Nivel Central
3. Dr. Guillermo González Gonzalez	Director de Atención Médica Nivel Central
4. Dr. Rigoberto Sampson Granera	Vice - Ministro I, Nivel Central
5. Lic. María Canales Calero	Atención Médica, Recursos Humanos
6. Lic. Sara Amelia Montealegre Alvarez	Directora de Recursos Humanos
7. Lic. Concepción Huete Ramírez	Abastecimiento Técnico Material
8. Lic. Maritza Cáceres López	Planificación
9. Lic. Gladys Ricarte Gutiérrez	Educación Continua. Nivel Central
10. Lic. Jaime González Estrada	Director Económico
11. Lic. Clarisa Morales Pedroza	Vice - Ministro de Docencia
12. Lic. Vilma Jiménez Estrada	Materno Infantil
13. Dr. Oscar Braw Villalobos	Planificación, Nivel Central
14. Enf. Esperanza Camacho Reyes	Resp. de Recursos Humanos. Nivel Central
15. Dr. Julio Briceño Dávila	Director Hospital Antonio Lenín Fonseca
16. Dr. Oscar Flores Mejía	Materno Infantil, Nivel Central
17. Dr. Carlos Hernández Alvarez	Planificación, Nivel Central
18. Dr. Angel Sánchez Viesca	Director de Formación y Capacitación en Salud. Nivel Central
19. Dr. Julio Zapata Sobalvarro	Atención Médica, Nivel Central
20. Dr. Lorenzo Muñoz	Asesor Cubano

21. Dr. Fulgencio Báez Lacayo Regional III
22. Dr. Wiron Valladares Vallejos Director Regional II
23. Dr. Guillermo Molina Peña Ministerio del Interior
24. Dr. Roberto Pérez Olivas Centro de Investigación Estudios de la Salud.
25. Dr. Humberto López Rodríguez Rector UNAN - Managua
26. Dr. Fabio Salamanca Toruño Decano Facultad de Ciencias Médicas, UNAN, León
27. Dr. Orlando Rizo Espinoza Hospital Fernando Vélez Páiz Pediatría.
28. Dr. Iván Tercero Talavera Hospital Fernando Vélez Páiz Pediatría
29. Dr. Hugo Arguello Director Patología. MINT
30. Lic. Claudina Valverde Ex-Directora Recursos Humanos MINSA

FIG. 1 MARCO DE REFERENCIA PARA LA PLANIFICACION DE PERSONAL DE SALUD (\*)

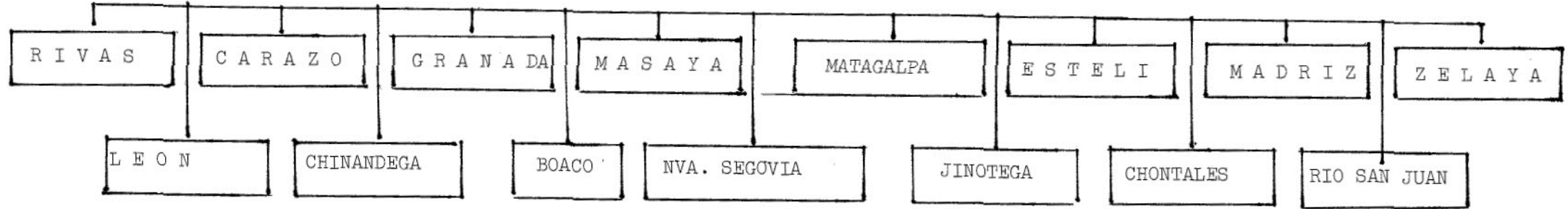
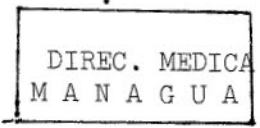
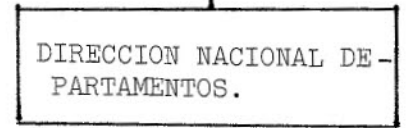
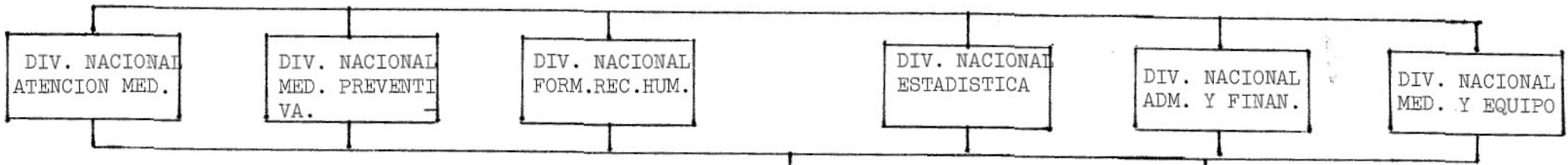
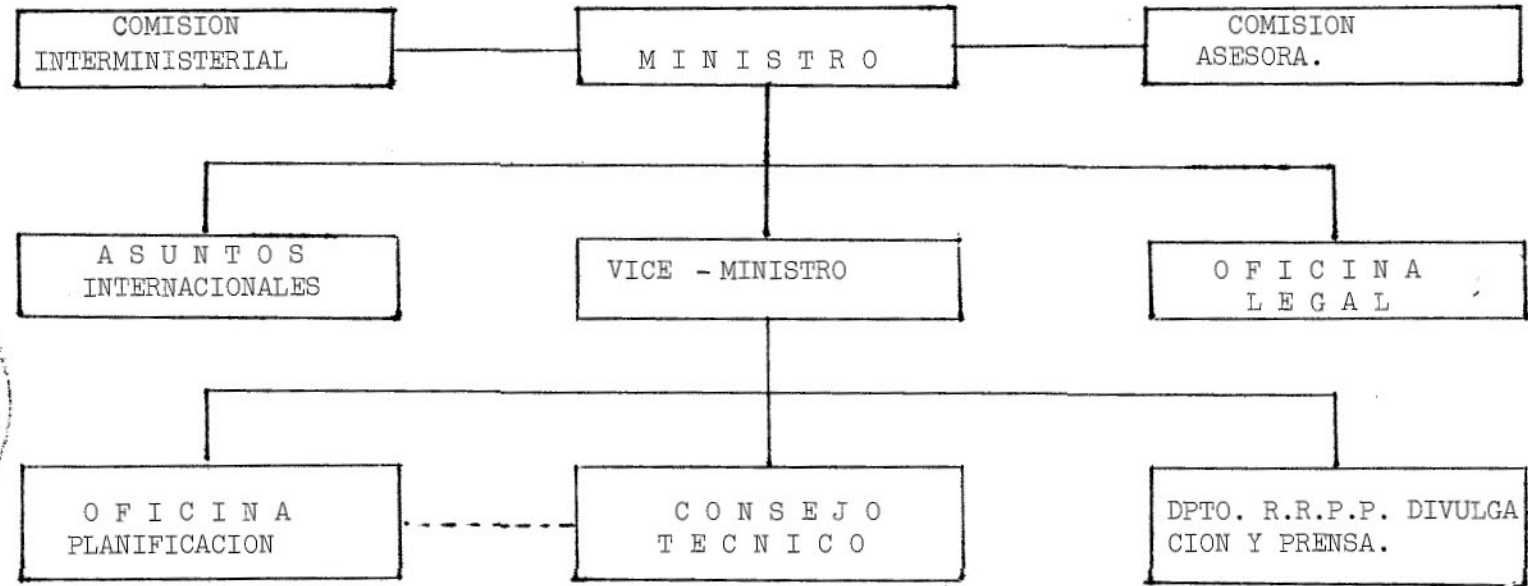
Anexo No. 6



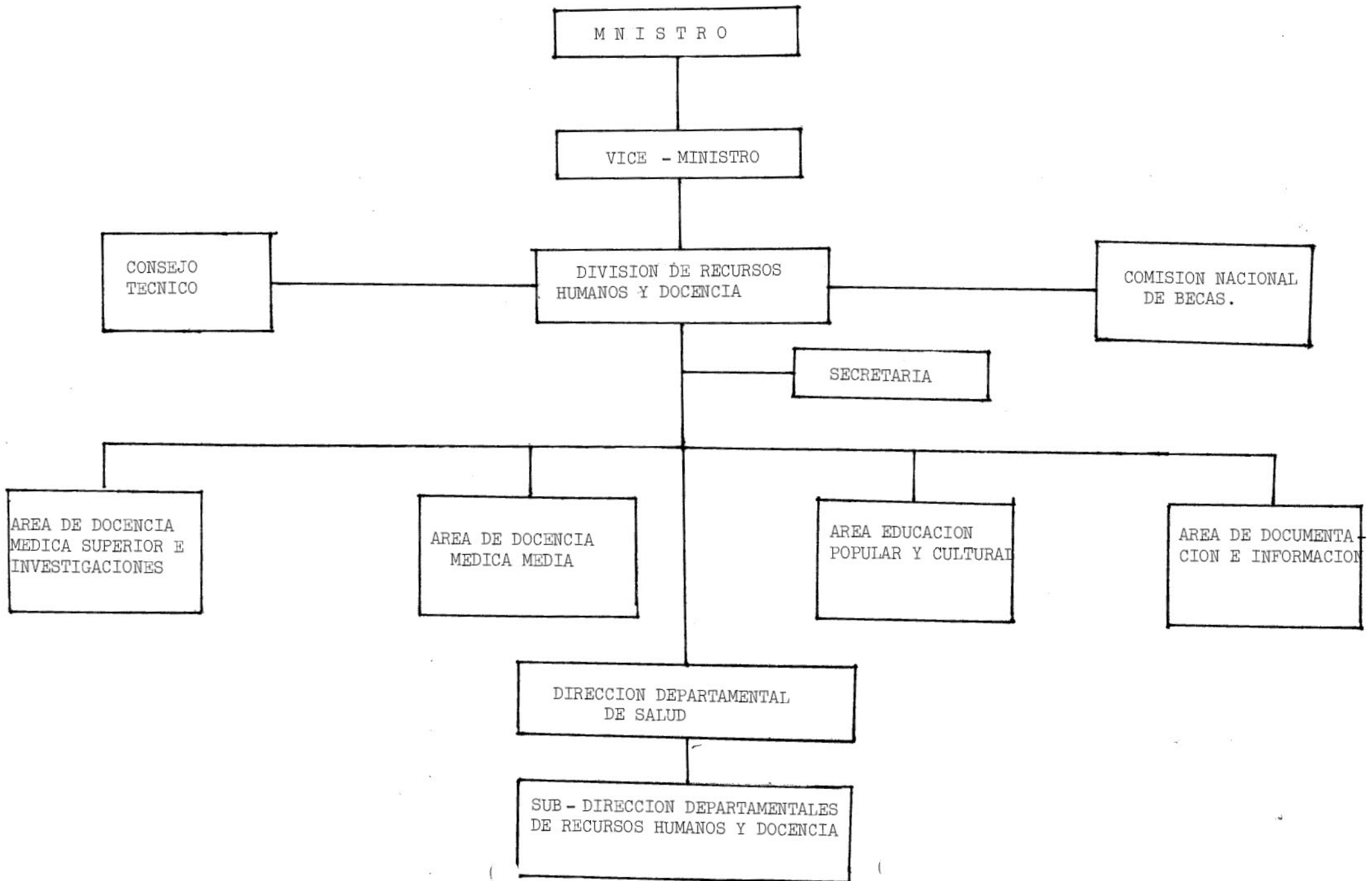
EJECUTAR PLANES

(\*) Modificado del esquema planteado en guía para la planificación de Recursos Humanos en Salud. Manual de aprendizaje por Hornry Et Ell. Washington D.C./OPS 1982. P Irreg. (Serie desarrollo de Recursos Humanos No. 35).

ORGANIGRAMA MINSA 1979

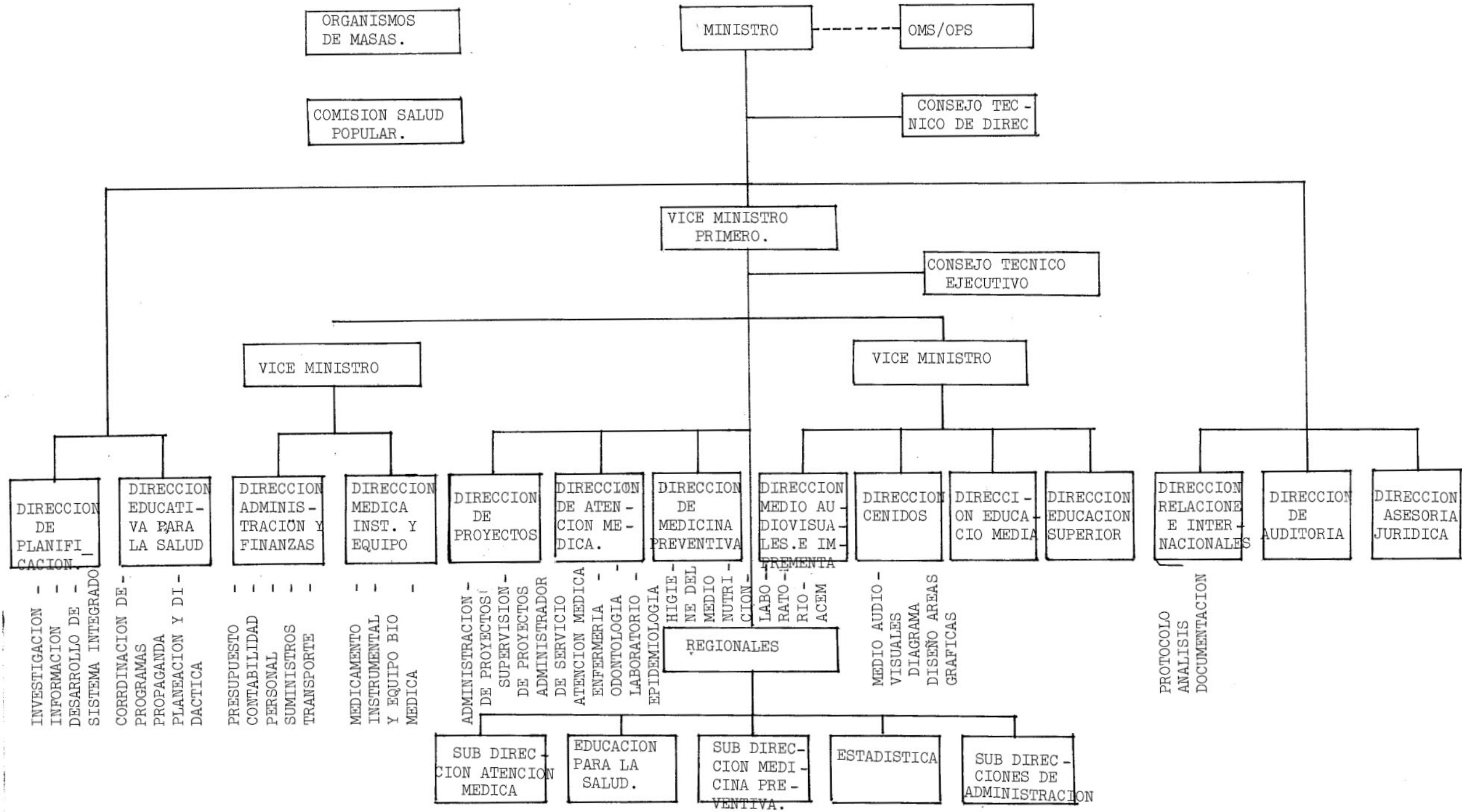


ORGANIGRAMA DICIEMBRE, 1979 DIVISION DE RECURSOS HUMANOS Y DOCENCIA.





ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD, NICARAGUA 1980



EGRESOS DE LA CARRERAS DE TECNICOS Y AUXILIARES DE LA SALUD  
MINSA 1982-1987

ANEXO No. 10

CATEGORIAS	AÑOS	80	81	82	83	84	85	86	87	TOTAL
<u>TECNICOS SUPERIORES</u>										
. Enfermeras		150	197	110	162	192	177	125	187	1,300
. Laboratorio Clínico		35	41	-	39	-	28	21	29	193
. Fisioterapia		-	-	-	-	-	22	20	21	63
. Alimentación Institucional		25	-	-	39	-	28	15	10	117
. Anestesia		13	7	-	49	-	48	17	9	143
. Registros Médicos		-	-	-	-	-	33	27	23	83
. Citotecnología		-	-	-	-	8	-	-	-	8
SUB-TOTAL		223	245	110	289	200	336	225	279	1,907
<u>TECNICOS MEDIOS</u>										
. Enfermeras										Aún no egresan
. Ortesis y Prótesis										Aún no egresan
SUB-TOTAL										
<u>TECNICOS BASICOS</u>										
. Técnicos Quirúrgicos		-	-	-	-	-	-	128	48	176
. Técnicos en Estadísticas y Registros Médicos										Aún no se transforma
SUB-TOTAL								128	48	176
<u>AUXILIARES</u>										
. Auxiliares de Enfermería		603	738	574	338	234	321	452	586	3,846
. Auxiliares de Laboratorio Clínico		35	40	28	39	57	67	86	66	418
. Auxiliar de Rayos X		39	36	29	39	28	48	49	39	307
. Auxiliar de Higiene		38	39	28	37	71	59	-	-	272
. Auxiliar de Asist. Dental		14	31	29	47	66	36	-	-	223
. Auxiliar de Estadísticas y Registros Médicos		35	42	99	35	99	46	-	-	356
. Auxiliares en Sala de Operación		-	21	32	35	61	64	81	-	294
SUB TOTAL		764	947	819	570	616	641	668	691	5,716
TOTAL		978	1,192	929	859	816	977	1,021	1,018	7,799

Cuadro No. 13

EJECUCION DE LA PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES DE  
EDUCACION CONTINUA SEGUN TEMATICA EN EL MINSA 1983

Anexo No. 11

TEMATICA	ACTIVIDADES		
	PROGRAMADA	EJECUTADA	%
Atención Médica	876	737	84.1
Medicina Preventiva	501	252	50.3
Administración	390	65	16.7
Docencia	862	64	7.4
Educación Popular	810	5	0.6
Otros	96	15	15.6
<b>TOTAL</b>	<b>3,535</b>	<b>1,138</b>	<b>32.0</b>

FUENTE: Plan Anual 1984

BRIGADISTAS POPULARES DE SALUD  
CAPACITADOS POR REGION 1982-1986

Anexo No. 12

AÑOS REGION	1982	%	1983	%	1984	%	1985	%	1986	%	TOTAL	%
REGION I	2,139	10.5	1,588	7.5	1,785	8.8	1,666	11.7	1,717	15.2	8,895	10.2
REGION II	1,690	8.1	2,800	13.0	1,485	7.3	1,700	12.0	1,507	14.0	9,262	10.6
REGION III	7,654	37.7	4,163	20.0	6,280	31.0	4,669	33.0	4,381	38.7	27,147	31.1
REGION IV	6,000	30.0	6,941	32.8	6,800	33.0	2,216	15.5	1,500	13.2	23,457	26.8
REGION V	-	-	-	-	-	-	1,258	8.8	-	-	1,258	1.4
REGION VI	450	2.0	3,800	18.0	2,500	12.3	1,361	9.5	600	5.3	8,711	10.0
ZONA ESPECIAL I	2,000	10.0	1,500	7.0	1,200	6.0	1,104	7.7	1,200	10.6	7,004	8.0
ZONA ESPECIAL II	200	1.0	250	1.2	200	1.0	202	1.0	225	2.0	1,077	1.2
ZONA ESPECIAL III	150	0.7	100	0.5	120	0.6	120	0.8	120	1.0	610	0.7
<b>T O T A L</b>	<b>20,283</b>	<b>100.0</b>	<b>21,142</b>	<b>100.0</b>	<b>20,370</b>	<b>100.0</b>	<b>14,296</b>	<b>100.0</b>	<b>11,330</b>	<b>100.0</b>	<b>87,421</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: DECOPS. D.G.D.I. MINSA.

PARTERAS EMPIRÍCAS ADIESTRADAS  
POR REGIONES 1982 -1986

Anexo No. 13

REGION	AÑOS		1983		1984		1985		1986		TOTAL	%
	1982	%		%		%		%		%		
REGION I	107	10.5	76	6.5	59	5.8	48	3.6	19	1.5	309	5.3
REGION II	360	35.5	360	31.0	380	37.0	380	28.4	380	30.0	1,860	32.0
REGION III	180	17.7	200	17.1	170	16.7	245	18.3	245	20.0	1,040	18.0
REGION IV	150	14.8	297	25.4	180	17.7	339	25.4	317	25.3	1,283	22.2
REGION V	-	-	-	-	-	-	86	6.4	-	-	86	1.5
REGION VI	110	10.8	120	10.0	120	11.8	122	9.1	156	12.5	628	10.8
ZONA ESPECIAL I	30	3.0	35	3.0	30	3.0	30	2.4	30	2.4	155	2.7
ZONA ESPECIAL II	42	4.2	40	3.4	40	4.0	42	3.1	60	4.8	224	3.9
ZONA ESPECIAL III	36	3.5	42	3.6	40	4.0	44	3.3	44	3.5	206	3.6
<b>T O T A L</b>	<b>1,015</b>	<b>100.0</b>	<b>1,170</b>	<b>100.0</b>	<b>1,019</b>	<b>100.0</b>	<b>1,336</b>	<b>100.0</b>	<b>1,251</b>	<b>100.0</b>	<b>5,791</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: DECOPS. DGOI. MINSA.

## Anexo No. 14

EVOLUCION DE LA FUERZA DE TRABAJO  
MINSA 1980 - 1987

CATEGORIAS	1980	%	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	1985	%	1986	%	1987	%
Médicos (1)	1,349	8.5	1,445	9.4	1,626	9.1	1,802	8.4	1,887	8.7	1,786	8.0	1,814	7.9	1,414	6.9
Internos (Becas)	137	0.9	101	0.7	154	0.9	232	1.1	325	1.5	384	1.7	356	1.5	283	1.3
Odontólogos	190	1.2	183	1.2	191	1.1	222	1.1	222	1.0	260	1.2	305	1.3	263	1.3
Enfermeras	808	5.1	900	5.9	795	4.4	1,182	5.7	1,271	5.9	1,046	4.7	1,158	4.9	1,267	5.9
Auxiliares de Enf.	1,879	24.5	3,884	25.9	3,995	22.3	4,226	20.3	3,373	20.3	4,116	18.4	4,421	19.1	5,296	24.8 (3)
Otros Técnicos y Personal de Salud	1,057	6.1	2,712	17.6	3,447	19.3	3,712	17.9	3,879	18.0	5,233	23.5	5,624	24.3	7,570	35.7 (3)
Personal Administrativo y de Serv.	8,372	53.1	6,077	40.3	7,673	43.0	9,403	45.3	9,610	44.6	9,438	42.5	9,498	41.1	5,160	24.1 (3)
<b>TOTAL CONTRATADOS</b>	<b>15,792</b>	<b>100.0</b>	<b>15,402</b>	<b>100.0</b>	<b>17,881</b>	<b>100.0</b>	<b>20,786</b>	<b>100.0</b>	<b>21,562</b>	<b>100.0</b>	<b>22,263</b>	<b>100.0</b>	<b>23,174</b>	<b>100.0</b>	<b>21,310</b>	<b>100.0</b>
PRESUPUESTO (2)	415,149.100		491,487.500		509,898.200		467,456.500		518,722.700		604,722.700		709,171.100		(987,055.100)	
TOTAL DEL PRESUPUESTO	59.1		39.8		34.8		40.06		44.7		44.7		45.5		48.0%	

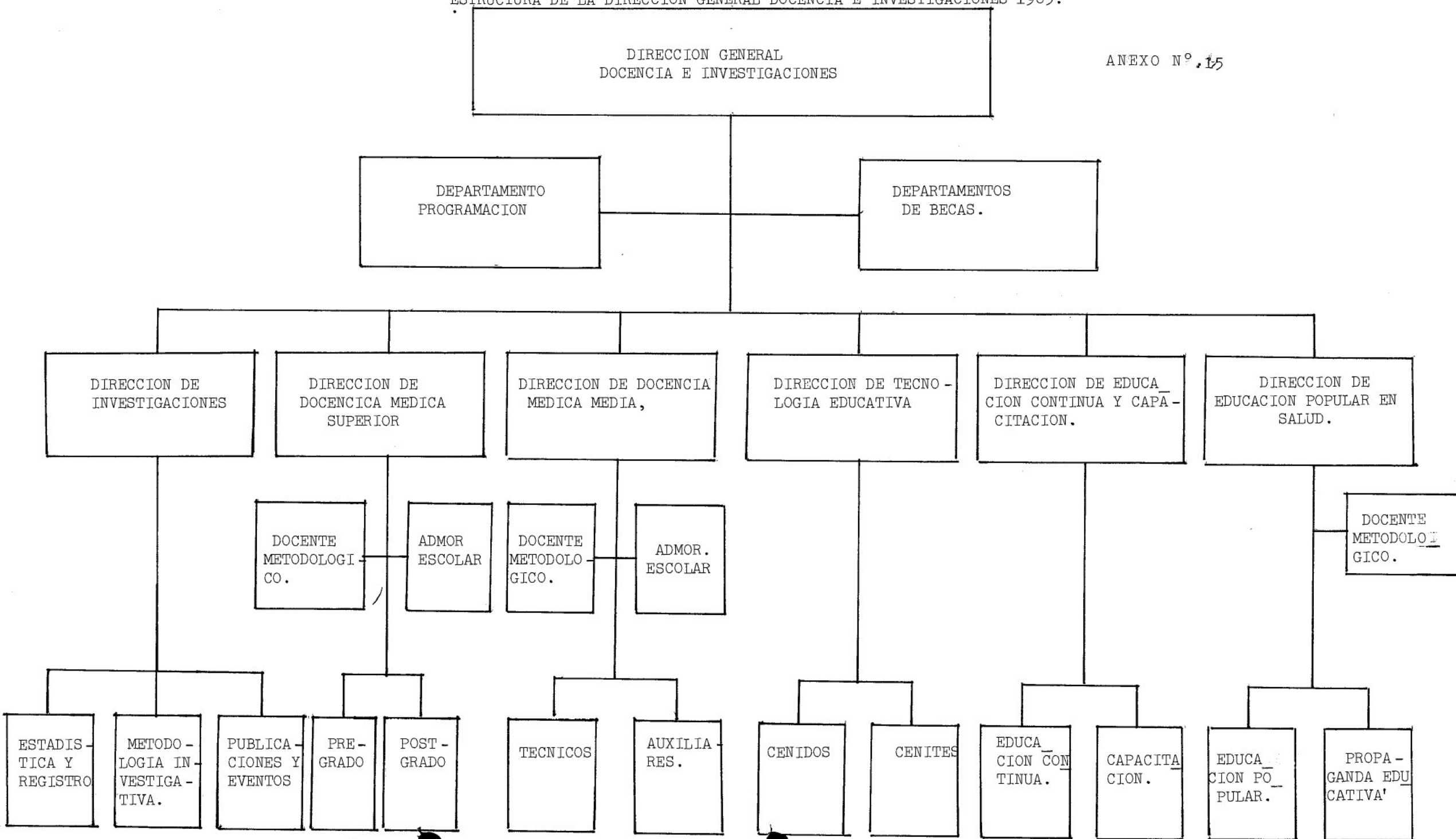
FUENTE: Anuarios Estadísticos 80-1984  
Levantamiento de Atención Médica 1986  
Dirección General Económica junio 1987

(1) Nacionales.

(2)- Presupuesto, 80-86: Deflactado en valores de 80. 87: Cifras reales

(3) Datos Construidos en base a otros criterios.

- Auxiliares de salud y no solamente auxiliares de enfermería
- Otros técnicos y personal de salud absorberán personal de apoyo
- Personal administrativo: cargos comunes + cargos de dirección.



## S I G L A S

ANDEN	:	Asociación Nacional de Educadores Nicaragüense.
ATC	:	Asociación de Trabajadores del Campo.
ATM	:	Abastecimiento Técnico Material.
BID	:	Banco Interamericano de Desarrollo.
CAM	:	Centro Abastecimiento Médico.
CDS	:	Comité de Defensa Sandinista
CELADE	:	Centro Latinoamericano de Desarrollo Económico.
CENIDOS	:	Centro Nacional de Investigación y Documentación en Salud.
CNA	:	Cruzada Nacional de Alfabetización.
CIES	:	Centro de Investigaciones Estudios en Salud.
CNES	:	Consejo Nacional de la Educación Superior.
CNPS	:	Consejo Nacional Popular de Salud.
CPS	:	Consejo Popular de Salud.
DECOPS	:	Departamento de Educación y Comunicación Popular.
DINEI	:	División Nacional de Estadísticas e Informática.
DIPLAN	:	División de Planificación.
ECO	:	Educación Continua.
EEBI	:	Escuela de Entrenamiento Básico de Infantería.
EEUU	:	Estados Unidos.
EPS	:	Ejército Popular Sandinista.



ERA : Enfermedades Respiratorias Agudas.

FETSALUD : Federación de Trabajadores de la Salud.

GN : Guardia Nacional

INEC : Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INNICA : Instituto Nicaragüense de la Costa Atlántica.

IPS : Instituto Politécnico de la Salud.

INRHUS : Instituto Nicaragüense de Recursos Humanos en Salud.

INSS : Instituto Nicaragüense del Seguro Social.

INSSBI : Instituto Nicaragüense de Seguro Social y Bienestar.

JGRN : Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional.

JPS : Jornadas Populares de Salud.

J.S. 19 J.: Juventud Sandinista 19 de Julio.

MED : Ministerio de Educación

MIFIN : Ministerio de Finanzas

MINSA : Ministerio de Salud

MINT : Ministerio del Interior

MIPLAN : Ministerio de Planificación

MITRAB : Ministerio del Trabajo

OPS : Organización Panamericana de la Salud.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

OSN : Oficina de Seguridad Nacional.

OTS : Organización del Trabajo y Salario

PIB : Producto Interno Bruto.

PUMAR : Programa de Unidades Móviles Sanitarias.  
RPS : Revolución Popular Sandinista.  
UCI : Unidades de Cuidados Intensivos  
UNAN : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.  
SNOTS : Sistema Nacional de Organización del Trabajo y Salarios.  
SNUS : Sistema Nacional Unico de Salud.  
SPP : Secretaría de Planificación y Presupuesto.  
SSRO : Servicio Social Rural Obligatorio.

