

La Salud en Nicaragua

La Asociación Nacional de Salud Pública que congrega la mayor parte de los y las profesionales con formación de postgrado en alguna de sus ramas o que ejercen su profesiones en ámbitos de incidencia en la salud de los Nicaragüenses; quiere hacer pública su profunda preocupación por la situación de crisis, por no calificar de calamitosa, en que se encuentran tanto las condiciones sanitarias de la población como las diferentes formas de respuesta social destinada a su atención desde el ámbito público.

En la actual coyuntura electoral*, la asociación identifica una nueva oportunidad para propiciar la reflexión y la concertación alrededor de los principales problemas a fin construir consensos que permitan congregarse voluntades públicas, privadas y de la sociedad civil para emprender nuevos caminos en beneficio de la salud de todos y todas en Nicaragua.

La presente proclama expresa lo que a consideración de la ANSP constituye una plataforma mínima que brinde la oportunidad y organización de dialogo entre los diferentes actores con interés y responsabilidad en el sector; por ello, en primera instancia se presenta a los diferentes Partidos Políticos y candidatos que optan por ocupar cargos de decisión política que seguramente podrían modificar o perpetuar la situación prevaleciente.

La ANSP, parte de tres consideraciones generales, cuyo reconocimiento permite establecer un consenso de referencia inicial, así como un marco general de interpretación y valoración de los problemas principales que se exponen:

- La salud es un derecho humano inalienable y como tal constituye un bien público cuyo valor social no solo deriva de su vínculo con el derecho a la vida y al bienestar, si no por ser también parte consustancial del capital humano cuya acumulación determina las posibilidades de desarrollo general de la nación. La enfermedad y la muerte derivan en desacumulación de valioso capital humano en los hogares, comunidades y la nación entera retrasando su desarrollo.
- Entendemos que el derecho a una vida saludable deriva de múltiples factores económicos, sociales y culturales, por ello la política de salud inicia con el asegurar la seguridad alimentaria, la vivienda digna, accesibilidad a servicios básicos, educación y recreación, entre otros. Ante esto, la política de salud debe ser una política de Estado que no puede ser restringida a un sector o a una institución hasta ahora circunscrita a la administración de servicios que muy parcialmente inciden en el derecho a la atención.
- El derecho a la salud es una responsabilidad compartida entre las personas, hogares, comunidades, organismos civiles y el Estado; cada quien con una cuota equivalente al dominio de cada uno en los procesos sociales de producción de la salud y de acuerdo a sus capacidades de ejercer oportunidades y controlar riesgos generados por el ambiente, el mercado y las políticas públicas. En un entorno de gran concentración de la riqueza, amplitud creciente de la pobreza y predominio del mercado como Nicaragua, las desigualdades en las capacidades de autoprotección y cuidado a la salud por parte de la población de bajos ingresos y precarias condiciones de vida, exige que el Estado asuma una mayor responsabilidad en el financiamiento y provisión de bienes y servicios que permitan complementar y fortalecer las capacidades de los segmentos mas vulnerables.

En este marco de entendimiento, la ANSP identifica un conjunto de problemas de índole estructural en la salud pública Nicaragüense que deben ser asumidos con la mas plena responsabilidad por parte del Estado y por tanto por quienes asuman la administración pública en el próximo período.

1. Se han informado leves mejorías en los promedios nacionales de los principales índices de mortalidad, morbilidad y desnutrición pero además de que continúan siendo muy altos y de los peores del continente, lo que resulta mas preocupante es que las mejorías del promedio derivan de mejorías en la situación de los segmentos de mayores ingresos, mientras los segmentos de menores ingresos no mejoran e incluso ven deteriorado su estado de bienestar con lo cual han venido ampliándose las desigualdades sociales. Tal es el caso de la Mortalidad infantil, la desnutrición, la mortalidad materna.

2. La inequidad en la situación de salud persiste y se amplía toda vez que los segmentos más pudientes logran manejar sus riesgos en el contexto del mercado de bienes y servicios mientras los pobres son excluidos del mercado por no tener capacidad de compra y son también excluidos de los beneficios de la política pública; como se evidencia cuando se observan las tendencias de las condiciones de las viviendas, el hacinamiento, el acceso a alimentos, la escolaridad, el acceso al sistema educativo, el acceso a los servicios básicos (agua, saneamiento, energía, etc) es decir, las desigualdades sociales tienden a ampliarse, ante un predominio total del mercado no regulado y una política pública débil e incluso subordinada a la dinámica del mismo mercado. Las consecuencias en salud son evidentes, en el último periodo se han registrado preocupantes incrementos de la mortalidad perinatal, por infecciones respiratorias y por causas maternas; las muertes y casos por accidentes o violencia; las enfermedades y accidentes laborales, mientras enfermedades endémicas y emergentes recrudescen su impacto en la salud de la población.
3. Frente a esto, la política de salud no ha asumido su responsabilidad preventiva en el escenario extrasectorial e interinstitucional, de forma que en asuntos de capital importancia como la producción y distribución alimentaria, las inversiones en vivienda, agua, saneamiento, la seguridad ciudadana, el manejo ambiental, entre otros, se ha privilegiado la consecución de objetivos económicos y o los intereses de poder de pequeños grupos en demérito de los objetivos de desarrollo humano y del bienestar de las amplias mayorías vulnerables. Ejemplos de ello es el estímulo a la exportación alimentaria en detrimento de la disponibilidad y acceso de los pobres en el mercado interno y el impedimento religioso que han tenido medidas científicamente fundamentadas de salud pública para controlar epidemias como el VIH/SIDA, el embarazo adolescente y el de alto riesgo y más recientemente la preservación de la vida de la madre cuando el embarazo coloca su vida en alto riesgo.
4. En contraste, el gasto nacional en salud ha pasado de 6.7 a 7.9% del PIB, pero aún así se mantiene como de los más bajos per cápitas del continente; además este crecimiento ha implicado la reducción drástica de la contribución del financiamiento público que pasó de 4.6% del PIB en 1995 hasta 3.4% en 2003 (sin incluir los fondos externos, pasó de 3.3% al 2.1%) mientras el gasto privado pasó de 2.4% en 1995 hasta el 4.5% del PIB en 2003. Se operó en la práctica una privatización no declarada.
5. La transferencia de responsabilidades en el financiamiento desde lo público hacia lo privado, ha recaído en el gasto de "bolsillo" de los hogares ha pasado del 1.9% al 3.7% del PIB en 2003, es decir es el 82% del gasto privado. El gasto de bolsillo (pago directo y en efectivo de usuarios a proveedores) constituye una carga onerosa para los hogares pobres cuando no catastrófica, en tanto deben reducir el gasto alimentario, endeudarse o vender activos (equipo, animales, vivienda) para cubrir servicios que los servicios públicos no les proporcionan (principalmente medicamentos e insumos hospitalarios). En otras palabras, la política pública contribuye a descapitalizar los hogares pobres y por tanto a profundizar su pobreza además de operar como la principal barrera que determina una creciente inaccesibilidad y exclusión de los pobres en los servicios públicos curativos. Tal y como se registra en el caso de los niños enfermos, la atención de los partos, en la morbilidad general y en la atención hospitalaria.
6. De esta forma, el sector de provisión de servicios de atención médica predominantemente curativos ha crecido a tasas superiores que la mayoría de los restantes sectores de la economía a expensas de la acelerada ampliación del mercado de los servicios privados de atención médica y de diagnóstico y principalmente a que la factura nacional de medicamentos se multiplicó casi por tres en el período 1995-2003.
7. La situación se agrava, en la medida en que los cada vez más escasos recursos asignados al subsector público de servicios (administrados por MINSAs) manifiestan en su aplicación grandes inequidades e ineficiencias. El primer nivel de atención y hospitales han sido "congelados" en la asignación de "recursos" mientras los y los pocos incrementos de gasto público se ha quedado en actividades comunes y centrales, es decir, los niveles administrativos acaparan un segmento desproporcionado de los recursos. Se incluye en ello, asignaciones a estudios, consultorías y "personal transitorio" que en verdad no se explica ni cual es su aplicación real ni cuales son los resultados o aportes logrado, ya que estos rubros vienen apareciendo en los últimos 10 años y para 2005 equivalen a 9 millones de US\$ (la mitad de lo asignado a medicamentos). En otras palabras, fondos que deberían estar beneficiando a la población más pobre, terminan beneficiando sobresalarios y contrataciones de un pequeñísimo grupo de funcionarios públicos.

8. La inequidad del gasto publico termina de configurarse cuando se pone en evidencia que el gasto percapita del MINSa por Departamento es totalmente inverso al nivel de pobreza, examinado tanto en año 1999 como en la liquidación presupuestaria del año 2004. Es decir, que los mecanismos de planificación y presupuestación del MINSa no han logrado variar la lógica del gasto inercial que el modelo de atención vigente impone, en el cual los médicos son la unidad base de programación y estimación de la capacidad de oferta y dado que ese personal compensa su ingreso con la práctica privada, se ubican precisamente en las ciudades en las que hay mas amplias capas de población con capacidad de pago. Se agrega a esto los subsidios cruzados a la atención privada (servicios diferenciados) y a los asegurados en las unidades publicas que no solo se subsidian con recursos del Estado, si no que de sus ingresos (US\$ 24 millones en 2003) poco o nada se incorpora en el presupuesto del MINSa. En otras palabras, el presupuesto MINSa sigue de manera inercial y subordinada a la dinámica del mercado privado de servicios.
9. Por ultimo debemos señalar, que la salud al igual que toda la inversión social en Nicaragua, ha estado subordinada a las metas de balance macroeconomico y a los acuerdos con el FMI, esto ha determinado que tengamos una inversión social y de salud per cápita que es la mas baja de toda América Latina, incluso es para 2003 equivalente a menos de la mitad de la inversión social y de salud de países igualmente pobres y con menos crecimiento de su PIB como Honduras y Bolivia (compañeros en la HIPC), esto refleja condicionamientos muy específicos del FMI en este país y una voluntad de la clase política que no parece estar comprometida ni con la soberanía ni con los intereses de las grandes mayorías pobres de nuestro país. De por sí, hasta se han incumplido con los acuerdos de la HIPC, que establecían que el Alivio de la Deuda debería tener un carácter adicional al esfuerzo nacional tomando como base el % del PIB que en 2000 se destinaba a la inversión publica social. El alivio no ha tenido ese impacto, su incorporación en el presupuesto ha servido para compensar la orientación de fondos del tesoro hacia el pago de la deuda interna y compensar los balances y reservas del BCN.

En conclusión. La desigualdad constituye el eje de distribución de beneficios del crecimiento y de las políticas publicas, pero contrario a lo esperado, en salud se han beneficiado los empresarios de los servicios privados curativos y de la cadena de importación/producción/comercialización de medicamentos, mientras los mismos servicios públicos terminan por beneficiar pequeños grupos. Los pobres como se afirmo en un principio esta excluidos por el mercado y por la política publica, el deterioro de su condición de salud y su exclusion de las oportunidades de atención, cuestionan seriamente la consecución de las metas a las que Nicaragua se ha comprometido (ODM, CDAW, infancia, etc).

Este estado de situación que de continuar pondrá en serio riesgo las posibilidades de desarrollo y crecimiento de Nicaragua como nación, exige un propósito y voluntad de cambio con disposición abierta a examinar opciones de transformación estructural tanto a nivel global en todas aquellas políticas que desde fuera del sector afectan la salud o la disponibilidad de recursos en el sector, como de una seria reorientación de los programas y servicios públicos, a fin de reducir los efectos del mercado que concentra riesgos a las salud y barreras de exclusion en los mas pobres.

Por ello la ANSP, propone como puntos generales a analizar con la propia ciudadanía y con los Partidos Políticos que están optando a los cargos de representación y decisión en el Estado, de forma que progresivamente construyamos consensos y convoquemos a la acción conjunta que haga viable el ejercicio del derecho a una vida saludable y el derecho a la protección y atención desde el sistema de salud.

1. Reformular la política de salud en la dimensión de política de Estado, de tal forma que el conjunto de instituciones del Estado desde el ámbito de sus propias competencias y en conjunto con la sociedad civil. Incorporen los objetivos de protección y preservación de la salud como criterio rector de sus propias políticas y programas. En particular enfatizamos:
 - En la seguridad alimentaria que exige priorizar la producción para el mercado interno y dejar que la exportación (que beneficia solo a los exportadores) se haga sobre los excedentes de la norma de requerimientos en el balance nacional alimentario.
 - En las inversiones de agua y saneamiento, con criterio de focalización en las poblaciones mas vulnerables y complementadas con estrategias de tratamiento y vigilancia de la calidad.
 - En los programas educativos, fortaleciendo la iniciativa de escuelas amigas y saludables y proyectando desde allí programas educativos para atención a la salud y nutrición de la primera

infancia. La elevación de la escolaridad de las mujeres debe ser una estrategia que vincula lo social, lo productivo y el mejoramiento de la salud.

2. Se definan con claridad las responsabilidades públicas y privadas, de forma que:
 - Se explicita con claridad la cuota que asume el Estado en la regulación, financiamiento y provisión de ofertas en la política de salud de forma coherente con una alta prioridad de la inversión social
 - El Estado debe asegurar la universalidad de los derechos en sus funciones de regulación y tutela. Por tanto, la política de salud debe ser clara en la regulación del mercado tanto en lo general para reducir riesgos a la salud, como en el propio sector a fin de que las empresas o agentes privados de la salud cooperen con la política fiscal y subordinen sus objetivos de rentabilidad al interés social.
 - En la financiación y provisión de servicios debe focalizar de manera coherente y convergente en los más pobres.
3. Incrementar significativamente la Asignación de fondos públicos a la salud, eso sería posible si:
 - Se incrementan los ingresos del Estado con base a los impuestos directos, a las ganancias de capital y por la reducción de las exoneraciones y la evasión.
 - Se reduce la proporción de recursos del tesoro que se orientan al pago de deuda interna. Debe priorizarse la DEUDA SOCIAL frente a una onerosa deuda con los sectores con mayor concentración del ingreso.
 - Se cumple con el carácter adicional que debe tener el Alivio HIPC, retomando la proporción del PIB que tenía el gasto social y en salud en el año 2000.
 - Se eleva la proporción del PIB que se dirige a la inversión en salud, lo cual requiere de las autoridades del Estado, en primera instancia un sentido de soberanía que trascienda la subordinación a las IFI's y en segunda instancia una voluntad política que privilegia su representación de los intereses de los más vulnerables.
4. En las asignaciones específicas al MINSA debe priorizarse:
 - La inversión en medicamentos e insumos hospitalarios, asumida como la inversión que a más corto plazo beneficiara a la población más vulnerables y a sus precarias economías familiares.
 - La asignación territorial debe focalizarse en las poblaciones más pobres y debe combinarse con la ley de carrera sanitaria, que a su vez debe promover una estrategia de incentivos y mecanismos de evaluación del desempeño que promuevan la redistribución de los recursos y estimulen el mejoramiento de la calidad y el trato.
 - Debe revisarse la existencia de los servicios diferenciados y las EMP en los servicios públicos, no pueden seguirse financiando servicios privados con fondos públicos cuyo beneficio no reporta posibilidades de redistribución y beneficia solo a unos pocos.
5. Particularmente debe analizarse a profundidad el modelo de atención hospitalario que es claramente excluyente de los más pobres y se orienta a la población con mayores ingresos.
6. La descentralización del sistema de salud hacia las municipalidades podría ser una opción para mejorar su focalización en las poblaciones más vulnerables y para ajustar los servicios a las necesidades reales en la especificidad de cada territorio.

Por su parte la ANSP se compromete a disponer de todos sus asociados para contribuir en los análisis, investigaciones y promoción de la reflexión social a fin de facilitar el diálogo informado y propiciar decisiones de consenso y bien fundamentadas.

Osasuna Nikaraguan

Biztanleriaren osasun-baldintza eta alor publikotik biztanleriari laguntza ematera bideratutako gizarte erantzunaren hainbat forma krisi egoeran daude, ez badaude egoera tamalgarrian.

Egoera honek sortzen dion kezka sakonaren berri eman nahi du Osasun Publikoko Elkarte Nazionalak (erdaraz ANSP)*. Elkarte honetan biltzen dira Nikaraguarren osasunean eragina duten alorretan lanean dauden profesional gehienak, hala nola honen adarren batean graduondoko prestakuntza dutenak ere.

Egungo hauteskunde-abagunean, elkarteak arazo nagusien inguruko gogoetari eta hitzarmenari bidea emango dien aukera berri bat identifikatu du. Helburua nahimen publikoak, pribatuak eta gizarte zibilekoak biltzeko aukera emango duten adostasunak eraikitzea da; horrela, Nikaraguan, guztion osasunaren mesederako izango diren bide berriei ekin ahal izan diezaiegun.

ANSPren ustetan aldarrikapen honek gutxieneko plataforma osatzen du. Plataforma horrek eragile desberdinen arteko elkarrizketa egiteko aukera eta antolabidea emango ditu alor honetan interesa eta erantzukizuna duten eragileen artean. Hori dela eta, lehenik eta behin, kargu politikoak betetzeko aukera duten partidu politikoei eta hautetsiei aurkeztuko zaie. Izan ere, segur aski horietatik dira indarrean dagoen egoera aldarazteko edo betikotzeko ahalmena dutenak.

ANSPren abiapuntuan hiru iritzi nagusi daude. Puntu hauek aitortzeak hasierako erreferentziatzeko adostasuna ezartzeko aukera ematen du. Gainera, ondoren azaldutako arazo nagusiak interpretatzeko eta baloratzeko esparru orokorra zehazten ere laguntzen dute:

- Osasuna giza-eskubidea da eta ezin da besteren esku utzi. Horren ondorioz, ondasun publikoa da eta bere balio soziala ez dator soilik bizitzarako nahiz ongizaterako eskubidearekin duen loturatik. Aitzitik, gaixotasunaren eta heriotzaren ondorioz, etxeetako, erkidegoetako eta nazio osoko giza kapitala galdu egiten da, eta galera horrek beren garapena moteldu egiten du.
- Bizimodu osasuntsua izateko eskubideak hainbat faktore ekonomikotan, sozialetan eta kulturaletan eragina duela uste dugu; horregatik, osasun-politikak, besteak beste honako hauek bermatuaz hasi behar du: elikagaien segurtasuna, etxebizitza duina, oinarrizko zerbitzuetarako sarbidea, hezkuntza eta aisia. Honen aurrean, osasun politikak estatu politika izan behar du, eta ez orain arte bezala, zerbitzuak ematera mugatu den sektore edo erakunde batera murriztuta, hain zuzen ere, zerbitzu horiek arreata jasotzeko eskubidean eragin oso txikia izan dute eta.
- Osasuna izateko eskubidea pertsona, familia, erkide, erakunde zibil eta estatuaren artean partekatzen den erantzukizuna da; osasuna ekoizten duten gizarte-prozesuetan bakoitzak duen nagusitasunaren baliokidea den kuota batekin, eta bakoitzak aukerak erabiltzeko eta inguruak, merkatuak eta politika publikoak sortzen dituzten arriskuak kontrolatzeko duten ahalmenarekin bat etorritik. Nikaraguan, aberastasun-kontzentrazio handia dago, pobretasuna geroz eta handiagoa da eta merkatuak nagusitasuna dauka. Horrela, diru-sarrera txikiak eta bizi-baldintza estuak dituen biztanle bakoitzak bere burua babesteko eta osasuna zaintzeko duen ahalmena eta gizartearen beste atalena oso desberdina da. Testuinguru horretan, estatuak erantzukizun handiagoa hartu behar du, kaltetuak izateko arrisku gehien duten segmentuen ahalmenak osatzeko eta indartzeko aukera emango duten ondasun eta zerbitzuak finantzatzen eta eskaintzen.

Elkar ulertzeko esparru honetan, ANSPk Nikaraguako osasun publikoan egiturazko arazo multzo bat identifikatu du; arazo hauek estatuak, alegia, datorren ekitaldian herri administrazioan arituko direnek, hartu beharko lituzke bere gain, erantzukizun osoz.

1. Hilkortasun, erikortasun eta desnutrizio-tasa nagusien batezbesteko nazionaletan hobekuntza arinak izan direla jakinarazi da. Baina oso altuak izaten jarraitzen dute, kontinenteko txarrenetakoak, hain zuzen ere. Hala ere, batez bestekoetan izandako hobekuntzen jatorria diru-sarrera altuenak dituztenen egoeran izandako hobekuntzak izatea da datu kezagarriena. Diru-sarrera txikiak

dituztenak, berriz, hobetu ez, eta ongizate-egoera nola kaskartzen zaien ikusi behar izaten dute. Eta horrela, alde soziala handituz joan da. Hau da haurren heriotza-tasa, desnutrizioa, amen heriotza-tasa, eta abarren kasua.

2. Osasun-egoeran berdintasunik ezak iraun egiten du; eta handitu ere egiten da, segmenturik aberatsenek beren arriskuak ondasun eta zerbitzuen merkatuaren testuinguruan moldatzen dituzten bitartean, behartsuak, erosteko ahalmenik ez dutelako, merkatutik eta politika publikoaren onuretatik ere kanporatzen dituztenean. Gizarte atal desberdinen arteko aldeak gero eta handiagoak direla argi ikusten da bizimodua aztertuta: etxebizitzaren baldintzen joerak, pilaketa, elikagaiak eskuratzea, eskolatzeko tasa, hezkuntza-sistamarako sarbidea, oinarrizko zerbitzuetarako sarbidea (ura, saneamendua, energia eta abar). Arautu gabeko merkatua nagusi da eta politika publikoa, berriz, ahula eta merkatuaren beraren dinamikaren mendekoa. Osasunean dauden ondorioak begien bistakoak dira. Izan ere, azkenaldian era kezkagarrian hazi dira jaiotzaren inguruko hilkortasuna, arnasketako infekzioak eta amaren kausek eraginda; istripu edo bortxaren ondoriozko heriotzak eta kasuak; laneko gaixotasunak eta istripuak. Gaixotasun endemikoak eta agertu berriak biztanleriaren osasunarengan duten eragina, berriz, geroz eta gordinagoa da.
3. Honen aurrean osasun-politikak ez du sektoretik kanpo eta erakundearen artean prebentzioari dagokionez duen erantzukizuna bere gain hartu: garrantzi handiko kontuetan, besteak beste, elikagaiak ekoiztu eta banatzea, etxebizitzaren inbertsioa, ura, saneamendua, herritarren segurtasuna, ingurumena kudeatzea eta abar, helburu ekonomikoak lortzeko edo talde txiki batzuen botere-interesek izan dute lehentasuna, eta giza garapenaren eta gehiengo zaurgarriaren ongizatearen kaltetan izan da hau. Honen adibide da elikagaiak esportatzea sustatzea, txiroei barneko merkatuan elikagaiak eskuragarri izatearen kaltetan; eta baita erlijioak hainbat osasun arazo kontrolatzeko zientifikoki frogatutako neurri jarritako eragozpena ere (GIB/HIES bezalako epidemiak, nerabeen haurdunaldiak eta arrisku handikoak, eta amaren bizitza babestea haurdunaldi batek arriskuan jartzen duenean).
4. Honen aldean esan behar da osasuneko gastu nazionala BPGren %6,7 izatetik %7,9 izatera pasa dela, baina oraindik ere kontinenteko "per capita" baxuenetakoa izaten jarraitzen duela. Hazkunde honek, baina, finantzazio publikoaren ekarpena nabarmen jaitsi du: 1995ean BPGren %4,6, eta 2003an BPGren %3,4 (kanpoko funtsak kontuan hartu gabe, %3,3tik %2,1era pasa zen). Gastu pribatua, aldiz, 1995eko %2,5etik 2003ko %4,5era hazi zen. Aitortu gabeko pribatizazioa gertatu da, bada.
5. Finantzazioa publikotik pribatura pasatzearen erantzukizunaren transferentziak bere eragina izan du familien "patriketan": gastua BPGren %1,9 izatetik 2003an %3,7 izatera pasa da, alegia, gastu pribatuaren %82 da. "Patrikako gastua" (erabiltzaileek hornitzaileei zuzenean eta dirutan egiten dieten ordaina, hain zuzen ere), oso pisutsua da familia txiroentzat, eta baita hondamen baten eragilea ere batzuetan. Elikagaietan egiten duten gastua murriztu egin behar dute, zorpetu edo aktiboak saldu (tresnak, animaliak, etxebizitza), zerbitzu publikoak ematen ez dieten zerbitzuek eragindako gastuak (batez ere sendagaiak eta ospitaleko egonaldiak) ordaintzeko. Beste hitz batzuetan esateko, politika publikoak familia txiroek ondasunak gal ditzaten laguntzen du eta, beraz, beren txirotasunean sakontzen. Eta txiroak osasuneko zerbitzu publikoetatik geroz eta gehiago baztertzen dituen barrera nagusia da, gainera, politika publikoa. Horrela jasotzen da haur gaixoen kasuan, erditzeetan ematen den laguntzan, erikortasunean, orokorrean, eta ospitaletako arretan.
6. Gauzak horrela, batez ere sendatzeko diren mediku-arreta zerbitzua ematen duen sektorea, ekonomiako beste sektoreak baino gehiago hazi da. Hazkunde hau mediku arreta eta diagnosiaren zerbitzu pribatuen merkatuak izan duen hazkunde bizia dela eta gertatu da, eta, batez ere, sendagaien faktura nazionala ia-ia hirukoiztu egin delako 1995-2003 epean.
7. Egoera geroz eta larriagoa da, zerbitzuen azpisektore publikoari (MINSAk kudeatuak) esleitutako baliabide geroz eta urriagoak, berdintasunik eta efizientziarik gabe aplikatzen baitira. Arretaren lehenengo maila eta ospitaleen baliabide esleipena "izoztu" egin dute, eta gastu publikoan izan diren gehikuntza apurrak jarduera komun eta zentraletan izan dira, alegia, maila administratiboak dira baliabide kopuru neurrigabea berenganatzen dutenak. Hauetan sartzen dira benetako aplikazioa zein duten edo lortutako emaitzak edo ekarpenak zein izan diren azaltzen ez duten azterketak, aholkularitzak eta "behin behineko langileak"; hauek joan den 10 urtetan ugalduz joan dira eta 2005ean 9 milioi US\$-tako balioa dute (sendagaiei esleitutakoaren erdia). Beste hitz batzutan esateko, biztanleria txiroenaren mesederako izan beharko luketen funtsekin funtzionario talde arras txiki baten gehiegizko soldatei eta kontratuei egiten zaie mesede.

8. Gastu publikoan dagoen berdintasunik eza erabat taxutzen da MINSAREN sail bakoitzaren per capita gastua txirotasun mailaren alderantzizkoa dela agertzen denean, bai 1999 urtean eta bai 2004 urteko aurrekontu-likidazioan egin den azterketan. Alegia, MINSAREN plangintza eta aurrekontuak egiteko mekanismoek ez dute indarrean dagoen ereduak ezarritako inertziazko gastuaren logika aldatzea lortu; honetan medikuak dira eskaintzaren gaitasunaren programaziorako eta balioespenerako oinarritzko unitatea. Eta horiek beren diru-sarrerak jardute pribatuarekin osatzen dutenez gero, ordaintzeko ahalmena duen biztanleria geruza zabalagoa dago zenbait hiritan, eta horietan kokatzen dute beren burua, hain zuzen ere. Hori erantsi behar zaio arreta pribatura eta publikoak ez diren unitateetan aseguruak daudenengana bideratzen diren diru-laguntzak (zerbitzu bereiztuak); hauek estatuaren baliabideekin ordaintzen dira eta, gainera, beren diru-sarretatik (US\$ 24 milioi 2003an) ezer gutxi da MINSAREN aurrekontura sartzen dena. Beste hitz batzuetan esateko, MINSAREN aurrekontuak inertziaz jarraitzen du eta zerbitzuen merkatu pribatuaren dinamikaren mende dago.
9. Azkenik azpimarratu behar dugu osasuna, Nikaraguako inbestimendu sozial guztia bezala, balantze makroekonomikoaren xedeen eta FMIREkin egindako hitzarmenen mende egon dela. Honen ondorioz, gizarte eta osasun per capita inbertsioa Latinoamerika osoko baxuena da. 2003an Nikaragua bezain behartsuak eta beren BPGren hazkundera txikiagoa duten Hondurasek eta Bolibiak (HIPC delako Zorduntze Maila Altua duten Herrialdeen ekimenaren kideak hauek ere) egindako gizarte inbertsioaren erdiaren baliokidea edo gutxiago da Nikaraguakoa. Hau Nazioarteko Moneta Funtsak -NMF- herrialde honetan ezartzen dituen baldintza oso zehatzen isla da. Halaber, klase politikoak erakutsitako borondatearen arazoa dago ez subiranotasunarekin ez gure herrialdeko gehiengo txiroekin engaiamendurik ez duela dirudielako.
10. Berez, HIPC delakoarekin egindako akordioak ere ez dira bete: 2000 urtean herrialdeak inbestimendu publiko sozialera zuzendutako BPGren ehunekoa oinarri hartuta, Zorra arintzeak izaera osagarria izango zuela ezartzen zen bertan. Arintzeak ez du eragin hori izan, baizik eta aurrekontuetan sartu izanak, barne-zorra ordaintzera bideratutako funtsak konpentsatzeko eta Nikaraguako Banku Zentrale den BCNren balantzea eta erreserbak konpentsatzeko balio izan du.

Ondorioz. Berdintasunik eza da hazkunderaren eta politika publikoen onurak banatzeko ardatza, baino espero zitekeenaren aurka, sendatzeko zerbitzu pribatuetako enpresariak eta sendagaien inportazio/ekoizpen/merkatuzate katea izan dira osasunean onurak atera dituztenak; eta, bitartean, zerbitzu publikoek talde txikiei mesede egiten amaitzen dute. Hasieran esan bezala, merkatuak eta politika publikoak baztertu egiten dituzte txiroak, beraien osasun-egoera okertu egiten da, eta arreta-aukeretatik kanpo gelditzean Nikaraguak hitz emandako xedeak (ODM, CDAW, haurtzarora, eta abar) lortuko ote diren zalantzan jartzen da.

Gauzak dauden egoeran jarraitzen badute kinka larrian jarriko da Nikaraguak nazio bezala garatzeko eta hazteko duen aukera. Aldatzeko asmoa eta borondatea beharrezkoak dira, hala nola egitura eraldatzeko aukerak aztertzeo jarrera irekia ere.

Egitura, batetik, orokorrean aldatu behar da, sektore honetatik kanpoko politika guztietan, osasunean edo baliabideak eskuratzean eragina baldin badute. Bestetik, programa eta zerbitzu publikoen birbideratze sakona egin behar da, osasunarentzat arriskua eta bazterkeriaren oztopoak txiroentzat pilatzen dituen merkatuaren eraginak murrizteko.

Hori dela eta, bizimodu osasuntsua eta osasun-sistema baten babesa eta arreta izateko eskubidea gauzatzera eramango gaituzten adostasunak eraiki eta hori lortzeko deialdia elkarrekin egiten joan behar dugu. Ondoren, ANSPK proposatuta, herritarrekin eta estatuaren ordezkariak eta erabakitze-karguetarako hautagai diren partidu politikoekin aztertu beharreko puntu nagusiak azaltzen dira:

1. Osasun politika estatu politikaren dimentsioan berriz azaltzea, estatuaren erakunde guztiek, bakoitzak bere eskumenetik, eta gizarte zibilarekin batera, osasuna babesteko eta zaintzeko xedea beren politika eta programen irizpide nagusi bezala txerta dezaten. Hurrengo puntu hauek azpimarratzen ditugu bereziki:
 - Elikaduraren segurtasunean. Beharrezkoa da ekoizpena barruko merkatuzateko lehenestea eta esportazioa (esportatzaileei soilik mesede egiten diena) elikagaien balantze nazionalako eskarien araudiko soberakinekin egitea.

- Ur eta saneamenduko inbestimenduetan, zaurgarriagoak diren biztanlerietara begiratzea izango da irizpidea, eta tratamendua nahiz kalitatea zaintzeko estrategiekin osatuko dira.
 - Hezkuntzako programetan ikastetxe lagunkoi eta osasuntsuen ekimena indartuko da eta haietatik lehen haurtzaroko osasunari eta nutrizioari laguntza emateko hezkuntza-programak emango dira. Emakumezkoen eskolaratze-tasa handitzeko estrategiak gizarte-gaiak, ekoizpena eta osasuna hobetzea lotuko ditu.
2. Argi zehaztu behar dira erantzukizun publikoak eta pribatuak, eta horrela:
- Argi azalduko da estatuak bere gain hartuko duen kuota, osasun politikako eskaintzak arautu, finantzatu eta emateko orduan, gizarte inbertsioak duen lehentasunarekin bat etorri.
 - Eskubideen unibertsaltasuna bermatu behar du estatuak, bere arautze eta babes funtzioetan. Ondorioz, osasun politikak argia izan behar du merkatua arautzerakoan, bai orokorrean, osasunaren arriskuak murrizteko, bai bere sektorean bertan, osasun enpresek eta eragile pribatuek politika fiskalarekin elkarlanean jardun dezaten eta beren errentagarritasun helburuak gizarte interesaren mende jar ditzaten.
 - Zerbitzuak finantzatzerakoan eta hornitzaerakoan, txiroenengan ardaztu behar da, era koherentean eta bateratuan.
3. Osasunari esleitutako funts publikoak era nabarmenean handitzea. Hau posiblea izango litzateke, honako hauek betez gero:
- Estatuak zuzeneko zergekin (kapitalaren irabaziak) jasotzen duen dirua gehituko balitz eta salbuespenak eta ihesak gutxitu.
 - Barne-zorra ordaintzera bideratutako baliabideen proportzioa txikiagotuz. GIZARTE-ZORRARI eman behar zaio lehentasuna, diru-sarrera handiagoa duten sektoreekin zor garrantzitsua izan beharrean.
 - HIPC delakoa arintzeak izan behar duen izaera gehigarria beteta, gizarte eta osasun gastuak 2000. urtean zuen BPGren proportzioa berriz hartu.
 - Osasuneko inbestimendura zuzendutako BPGren proportzioa handituta; ondorioz, estatuko agintariek honako hauek bete beharko dituzte: lehenik eta behin, Munduko Erakunde Finantzariekiko menpekotasuna gaitutako duen subiranotasunaren zentzua, eta bigarrenik, interes zaurgarrien ordezkaritzari lehentasuna emango dion borondate politikoa.
4. MINSARI egindako berriazko esleipenetan honako hauek lehenetsi behar dira:
- Sendagaietarako eta ospitaleko egonaldietarako inbertsioa, biztanleria zaurgarrienari eta hauen familiako ekonomia larriari epe laburrean mesede egingo diena baita.
 - Biztanleria txiroenek izan behar dute lurraldearen arabera esleipenaren ardatz, eta osasun karreraren legearekin bateratu behar da esleipen hori. Azken honek baliabideak hobeto banatzea, eta kalitatea nahiz tratua hobetzea sustatuko duten pizgarriak eta ebaluazio-mekanismoak dituen estrategia bat sustatu behar du.
 - Zerbitzu publikoetan Mediki Enpresa Pribatuen zerbitzu bereziak daudela egiaztatzea behar da; ezin dira zerbitzu pribatuak funts publikoekin finantzatu, hauen irabaziek ez baitute berriro banatzeko aukerarik ematen eta gutxi batzuek baizik ez baitira irabazle izaten.
5. Ospitaleetako arreta eredu sakonetik aztertu behar da, txiroenak nabarmen baztertzen baititu, eta diru-sarrera handiagoak dituztenei zuzenduta baitago.
6. Osasun sistema deszentralizatzea, udalerrietara zabalduz. Hau izan daiteke aukera bat zaurgarrienak diren biztanlerietan hobetzeko eta zerbitzuak lurralde bakoitzaren berezitasunen arabera benetako beharretara doitzeko.

ANSPk, bere aldetik, elkarteko kide guztiak erabiliko ditu gizarte-gogoetaren analisi, ikerketa eta sustapenean ekarpenak egiteko, elkarrizketa informatua errazteko, eta adostasunez eta ongi oinarritutako erabakiak hartzen laguntzeko.