

NICARAGUA: LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Jaime Espinoza Ferrando

Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y
Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe



NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997

LC/L.1092
Diciembre de 1997

Este documento fue preparado por el señor Jaime Espinoza Ferrando, consultor del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (SWE/95/S61). Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

PREFACIO	5
RESUMEN	7
I. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN FISCAL	9
1. Contexto general	9
2. Aspectos institucionales y políticos	10
3. Distribución de funciones	12
II. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	17
1. El entorno socioeconómico	17
2. La situación de la salud	21
3. La provisión de servicios de salud	22
4. Un modelo de descentralización de los servicios, los SILAIS.	25
5. El gasto en salud	29
6. Fuentes de financiamiento	33
7. La descentralización presupuestaria	39
8. Criterios para la asignación de los recursos presupuestarios del rubro de bienes y servicios	42
9. Capacitación	44
III. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL ÁMBITO LOCAL	45
1. La metodología utilizada	45
2. Selección de los SILAIS	45
3. Características principales de los SILAIS estudiados	46
4. Eficiencia social	48
5. Eficiencia técnica	50
6. Equidad	52
V. CONCLUSIONES	59
1. Eficiencia social	60
2. Eficiencia técnica	60
3. Equidad	61
4. Algunas reflexiones finales	61
NOTAS	62
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	69

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El papel del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe, que ejecuta la Comisión Económica para América Latina y El Caribe -CEPAL- con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos (HOL/94/S57) y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar los principales desafíos que enfrentan los gobiernos de la región en el ámbito del diseño e implementación de las políticas sociales, así como las potencialidades y limitaciones asociadas a una política de descentralización de los servicios sociales que permita compatibilizar las dimensiones de eficiencia y equidad en un contexto caracterizado por la presencia de importantes restricciones presupuestarias.

Con ese objeto, el proyecto se ha propuesto analizar los procesos de reforma de las políticas de educación básica y atención primaria de salud, tomando como eje central los procesos de descentralización en un conjunto heterogéneo de países de la región entre los cuales se encuentran: la Argentina, Bolivia, el Brasil, Colombia, México y Nicaragua.

A su vez, se realizan análisis comparativos -entre países- de los procesos de reformas que han tomado lugar en cada sector, con el propósito de identificar los principales hechos estilizados y las lecciones de política que surgen de la revisión de estos procesos.

RESUMEN

La descentralización puede ser entendida como la transferencia de autoridad o de poder en la planificación, la gestión y la toma de decisiones en el sector público, desde los niveles más altos a los más bajos de las estructuras de gobierno. El presente estudio analiza el proceso de descentralización de los servicios de salud en Nicaragua, desde la perspectiva de su financiamiento y la organización de sus niveles de gestión.

No cabe duda que la desconcentración y descentralización en el Sistema de Salud refleja las tendencias generales de la organización del Estado. La base de la organización del Sistema Nacional Unico de Salud, en la década de los ochenta fue la regionalización. Hasta la organización de los Sistemas Integrados Locales de Atención en Salud (SILAIS) en los noventa, las autoridades sanitarias nicaragüenses han buscado las formas organizativas que les permitan cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud de todos los nicaragüenses.

Sin embargo, la principal limitante del desarrollo del Sistema de Salud Nicaragüense ha sido la situación de crisis económica, que ha vivido el país en los últimos veinte años. En ese contexto, la descentralización ha sido considerada como una forma de salvar las limitaciones de recursos y de transferir de alguna forma la responsabilidad del financiamiento y el control de los recursos a la comunidad. Al igual que en muchos países subdesarrollados, otra de las limitantes de la descentralización ha sido el escaso desarrollo de las estructuras de poder local y la escasa inversión privada en el sector.

El presente documento describe y analiza la evolución del sistema de salud y los procesos de descentralización que se originaron en diferentes etapas de su desarrollo. Adicionalmente, muestra los nuevos conceptos puestos en marcha para asegurar una distribución más equitativa de los escasos recursos disponibles y finalmente, evalúa los resultados del proceso.

I. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN FISCAL¹

1. Contexto general

Existe un marcado consenso en reconocer el peso y la importancia del gasto social en el presupuesto de los países, lo que parece ser una situación generalizada en muchos países de América Latina, de ahí la relevancia que reviste la orientación de las políticas públicas en la composición y monto del gasto social. Este ha sido particularmente sensible a las modificaciones en la política fiscal, la que no solamente propugna por una mayor reducción de los niveles de gasto, sino por modificaciones en los mecanismos de asignación y transferencia.

Por otra parte, parece generalizarse una nueva concepción sobre el papel del Estado y de los distintos agentes sociales. El Estado se ha transformado no solo en sus dimensiones, sino que ha cambiado el carácter de sus intervenciones y se encuentra en proceso de transformación su relación con el mercado y los agentes económicos y sociales.²

Se estaría asistiendo al advenimiento del paradigma emergente de la política social,³ donde se destaca un elemento central en este análisis: la responsabilidad de la función pública, antes exclusiva del Estado y que en este nuevo enfoque se visualiza compartida con otros agentes sociales. Aquí cabría acotar al menos dos posiciones, la de aquellos que reconocen que el Estado debería mantener la responsabilidad por los servicios públicos, aunque transfiera su prestación⁴ y la de aquellos que afirman que el nuevo Estado solamente debería ser parcialmente responsable del financiamiento.⁵ En esta última concepción, sería necesario buscar la cofinanciación, lo que aportaría recursos adicionales y el compromiso de la comunidad que recibe el servicio, la que ejercería un mayor grado de control sobre el uso y destino de dichos recursos.

De esta manera, se asiste en América Latina al giro de una concepción del Estado como rector de la vida económica, social, política y cultural de los países, a una concepción que le asigna un papel de facilitador de las actividades económicas, enfatizando su carácter normativo más que de ejecutor de políticas públicas.

Este nuevo papel, exige también una relación más estrecha entre el Estado y la sociedad civil, buscando acercar la gestión de los servicios a los usuarios directos, para lo cual se sugieren diferentes formas de participación de las comunidades locales vía la descentralización en la gestión de los servicios públicos. Bajo estos criterios, la descentralización fiscal se convierte entonces en una opción organizativa que podría permitir el logro simultáneo de una variada gama de objetivos:

- Apoyaría la reducción del aparato estatal, al trasladar competencias a otras instancias. Con esto, sería posible contribuir a la transformación misma del Estado.
- Apoyaría la disminución de las presiones fiscales, al trasladar a otras instancias parte de las responsabilidades financieras.
- Ayudaría a mejorar la eficiencia interna del sistema, al acercar la administración y gestión de los servicios a los usuarios directos.
- Contribuiría a mejorar los procesos de democratización de los países, en la medida que favorecería la participación de los usuarios en la gestión local de los servicios sociales.

2. Aspectos institucionales y políticos

El gobierno instalado en Nicaragua después de las elecciones de 1990, acogió con entusiasmo estas concepciones sobre el papel del Estado, dados los profundos desequilibrios que el excesivo dirigismo del gobierno saliente habría propiciado en la economía nicaragüense.

De esta manera, hizo suyas las propuestas de co-responsabilidad en el financiamiento a los servicios públicos, especialmente en salud y educación, e igualmente la de transferir la gestión a las municipalidades o a los propios centros.

Con estas propuestas no solamente contribuiría a consolidar la naciente democracia mediante el ejercicio de la participación ciudadana, sino que se obtendrían mayores recursos con el co-financiamiento por la prestación de los servicios. Se pensaba que, además, se haría un mejor uso de los recursos al acercar la gestión a los usuarios, aumentando con ello la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios públicos.

En este nuevo marco, si bien el Estado estaría llamado a representar un papel subordinado en lo económico, ha seguido conservando la responsabilidad por el manejo de las políticas macroeconómicas. Este aspecto es particularmente sensible en Nicaragua, donde los profundos desequilibrios en que estaba sumida la economía en 1990, hacían necesario un estricto control del gasto público.

De esta forma, la política fiscal se convirtió en uno de los puntales de la política económica, sobre todo después de firmados los primeros acuerdos con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en febrero de 1991. Este organismo pasó a supervisar activamente el Programa de Estabilización Económica y a apoyar el programa de reformas estructurales, que igualmente cuenta con la asistencia directa del Banco Mundial.

Los amplios poderes que en materia de política tributaria otorgaba al Ejecutivo la Constitución Política aprobada en 1987 y vigente hasta la aprobación de las reformas constitucionales en julio de 1995, facilitaron ampliamente la puesta en marcha de transformaciones importantes en la política fiscal.

En esencia, esta política se dirigió a mantener los gastos bajo estricto control y a propiciar la apertura de la economía mediante un acelerado proceso de desgravación arancelaria. La reforma tributaria ha estado dirigida a reducir los niveles de impuestos y a simplificar la estructura tributaria. Dichos cambios pueden analizarse en el cuadro 1.

Cuadro 1
REFORMA TRIBUTARIA 1990-1995

Tipo de Impuesto	1990	1995
Sobre la Renta	60%	30%
Repatriación de Utilidades	20%	5%
Patrimonio Neto	1%-3%	0%
Aranceles a la Importación	10%-150%	0%-20%
ISC a la Importación	10%-150%	0%-20%
Timbres a la Importación	0%-3%	0%-5%
ISC a la Producción Local	5%-150%	0%
Industria Fiscal (Tasa Máxima)	60%	40%
Gasolina	50%	46%
Diesel	36%	12%
Impuesto General al Valor	10%-15%	0%-15%

Fuente: Ministerio de Finanzas. Dirección General de Ingresos.

De acuerdo con las políticas de restricción del gasto y de reducción del número de empleados del aparato estatal, se ha optado por dos estrategias complementarias: i) la reducción de la nómina, facilitada en un inicio por la desmovilización de una parte considerable de las fuerzas armadas en 1990, la privatización de las empresas del Estado y la puesta en marcha del plan de movilidad laboral para los trabajadores gubernamentales; y ii) el traslado de responsabilidades a los usuarios por el pago de los servicios, lo que contribuye a aumentar los ingresos por este concepto y al mismo tiempo permite cubrir las nuevas necesidades de contratación. Esta modalidad ha sido particularmente utilizada en los servicios educativos con el traslado de la responsabilidad por las nuevas contrataciones a los centros autónomos.

Pese a estos esfuerzos, el déficit fiscal ha continuado, manteniéndose anualmente a niveles promedio cercanos al 7.5% del PIB, siendo necesario cubrirlo con financiamiento interno y sobre todo con financiamiento externo, lo cual no solo coloca al país en una espiral creciente de endeudamiento, sino que lo sujeta a las restricciones que impone el otorgamiento de los créditos.

El cuadro 2 muestra que si bien se han logrado incrementos en los niveles de recaudación, éstos resultan aún insuficientes para cubrir los gastos, por lo cual se continúa buscando fórmulas alternativas de financiamiento, entre las que se encuentra la co-responsabilidad de pago por los usuarios en la prestación de los servicios públicos.

Cuadro 2
INGRESOS Y GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL
(en millones de dólares)

ANO	INGRESOS	GASTOS	INGRESOS S/GASTOS
1991	298	413	0.7
1992	378	515	0.7
1993	363	480	0.8
1994	378	550	0.7
1995	408	553	0.7

Fuente: Gabinete Social (1994) Estudio sobre el Gasto Social 1990-1994, Ministerio de Finanzas, Informe liquidación del Presupuesto General de Gastos de la República. 1994 y 1995.

Es importante señalar que la política tributaria mantiene un carácter crecientemente regresivo. En 1991 los impuestos directos representaban el 23% de los ingresos tributarios totales. En 1995 apenas representaban el 13%, estando el 87% restante formado por impuestos indirectos. Esto significa una desigual distribución de la carga fiscal, en la medida en que son los consumidores finales quienes pagan dicha carga con poca o ninguna distinción respecto a su capacidad de pago.⁶

3. Distribución de funciones

Además del carácter regresivo de la política tributaria, la recaudación continúa siendo una actividad que se realiza principalmente en forma centralizada. Con la elección generalizada de alcaldes en 1990 se dio un fuerte impulso a las tendencias descentralizadoras, trasladando bajo responsabilidad de los municipios, la recaudación de impuestos de carácter netamente local, como el de Bienes Inmuebles y el de Rodamiento. También se ensayaron algunas experiencias piloto de descentralización de los servicios: agua, educación y salud; así como abriendo ventanillas fiscales en las alcaldías a cambio de un porcentaje sobre lo recaudado.

De esta manera, a los tradicionales impuestos por servicios municipales, pagos de matrícula e impuesto del 2% sobre los ingresos por venta de bienes y servicios cobrado a todas las actividades económicas en el ámbito local, se agregaron estos impuestos, hasta esa fecha cobrados por el gobierno central. Esto permitió a las municipalidades aumentar sus niveles de recaudación e incrementar sus niveles de autofinanciamiento.

En 1992, considerado como un año extraordinario en materia de recaudación municipal, los ingresos tributarios en el ámbito local representaron el 3.3 % del PIB y el 21% de los ingresos tributarios en el ámbito nacional, correspondiendo a la Alcaldía de Managua el 12.6% y al resto de las 142 municipalidades el 8.6 % restante.⁷

Sin embargo, las tendencias centralizadoras fueron cobrando fuerza, especialmente con la aplicación del Decreto Ejecutivo 64-92 de Armonización de las Haciendas Municipales al Poder Ejecutivo, donde se limitan las potestades tributarias en el ámbito

local. Dicho decreto afectó la aplicación de algunos impuestos como el de bienes inmuebles, eliminando el cobro por servicios municipales en las tarifas de energía eléctrica y tratando de uniformar las tasas por servicios, buscando ajustar la tributación municipal a los dictados del Ejecutivo.

A partir de 1993, la Alcaldía de Managua ha disminuido su participación en los ingresos tributarios, los que pasaron a representar en los años siguientes entre el 5.9% y el 6.4% de los ingresos tributarios totales, y el 1.4% del Producto Interno Bruto.⁸ La tasa por servicios municipales, que comenzó a recolectarse como un porcentaje de la factura por tarifa eléctrica, fue eliminada por decreto ejecutivo, aduciendo quejas de los usuarios, lo que ha encarecido y complejizado los mecanismos de recaudación para las municipalidades.

Entre las experiencias de desconcentración de las actividades municipales se destaca la Alcaldía de Managua, que puso en marcha un proyecto piloto de contratación de los servicios para la recolección de basura con una empresa privada. Entre los problemas más importantes que tuvo la empresa para operar se encontraba la dificultad para recaudar entre los usuarios el importe del servicio prestado. Finalmente la empresa cerro sus operaciones.

Al mismo tiempo, en un esfuerzo de desconcentración de las actividades fiscales, se fortalecieron las administraciones de rentas a nivel departamental, contando hoy con 19 oficinas, una por cada departamento del país. El proyecto piloto iniciado en 1993 de utilizar las alcaldías municipales como ventanilla fiscal del Ministerio de Finanzas para recaudar ingresos tributarios fue desestimulado, argumentando problemas de manejo de cuentas por parte de las municipalidades.

La tributación municipal continúa apoyándose en los planes de Arbitrio, los cuales rigen de manera separada a la capital Managua y al resto de los 142 municipios del país. A partir de las reformas constitucionales de julio de 1995, la aprobación de los planes de arbitrio, al igual que cualquier legislación en materia fiscal, pasaron a ser potestad de la Asamblea Nacional, mientras que recaía en el Poder Ejecutivo.

Pese a las declaraciones políticas de otorgar un mayor peso a las municipalidades, las tendencias centralizadoras parecen imponerse en el país, en parte debido al peso de la tradición. Los gobiernos anteriores fueron esencialmente centralizadores y si bien hubo esfuerzos en la administración Sandinista de otorgar un mayor poder político a las regiones, éste no se vio compensado con transferencias efectivas de recursos ni tampoco de potestades en materia de recaudación. Por otra parte, subsiste centralmente la concepción de que la baja capacidad en el ámbito municipal limita la eficiencia y eficacia de los municipios. A lo anterior se agrega la necesidad de cumplir con los rígidos marcos establecidos por el Programa de Estabilización y Ajuste Estructural, que hacen necesario un estricto manejo de la política fiscal por parte de las autoridades centrales, lo cual se vería limitado por las demandas políticas y presiones sociales a que se ven sometidas las autoridades municipales.

Adicionalmente, no está excluido de los argumentos de las autoridades centrales el componente de equidad, al señalar que dada la desigual concentración territorial de las actividades económicas y tributarias en el ámbito nacional, la descentralización fiscal

contribuiría a acentuar la distribución desigual de los ingresos en el ámbito regional y municipal. Por lo anterior, el gobierno central estaría en mejores condiciones de establecer políticas de compensación donde los municipios menos favorecidos por medio de programas especiales de alivio a la pobreza, creación de empleo, transferencias directas, inversiones en infraestructura económica y social, entre otros mecanismos de redistribución.

Al analizar la distribución territorial de los ingresos tributarios, se observan diferencias significativas entre la región III que comprende a la capital Managua y el resto de regiones del país. En el impuesto de bienes inmuebles por ejemplo, el 59% se recauda en Managua, mientras a la Región I le corresponde un 5%, a la Región VI un 3% y a la región del Atlántico solamente un 0.5% (siendo éstas las regiones con mayor incidencia de la pobreza). Una distribución similar se observa en el impuesto de rodamiento que grava la tenencia de vehículos, un 59% se localiza en Managua, mientras la Región I percibe un 7%, la Región VI un 8% y el Atlántico no llega al 0.5%.¹⁰

De esta manera, las municipalidades continúan prestando los servicios tradicionalmente establecidos:¹¹ a) construcción y mantenimiento de calles, aceras, andenes, parques, puentes y áreas recreativas, b) construcción, mantenimiento y administración de cementerios, c) construcción y administración de mercados, rastros y lavaderos públicos, d) ornato público, e) limpieza pública, recolección y tratamiento de residuos sólidos, f) predios baldíos, y g) drenaje de aguas pluviales.

Adicionalmente, comparten con organismos del gobierno central otras responsabilidades: apoyo en la construcción de caminos, vías de comunicación, alumbrado público, regulaciones medioambientales, fomento a actividades culturales y deportivas. Como parte de las reformas constitucionales, se plantea tomar en consideración la opinión de los gobiernos municipales para la autorización de contratos por explotación de los recursos naturales.

Las reformas constitucionales aprobadas en 1995, otorgan un grado de autonomía mayor a los municipios, eliminando la discrecionalidad que conservaba el gobierno central en la Constitución de 1987 y precisando que se trata de una autonomía en el ámbito político, administrativo y financiero. Por otra parte, establece la obligación de destinar un porcentaje del presupuesto general de la República a los municipios, el cual se distribuirá priorizando los municipios con menor capacidad de ingresos. Sin embargo, que este tema continúa pendiente, al depender de la aprobación de la Ley de Fomento Municipal, todavía en proceso de aprobación por la Asamblea Nacional (Ortega, 1995:9).

Por lo anterior, las transferencias aún se ejecutan a través del Instituto de Fomento Municipal (INIFOM). Sin embargo, representan montos muy reducidos del presupuesto general. En 1994, por medio de las transferencias directas se trasladaron recursos a los municipios y gobiernos autónomos por el orden del 0.02% del gasto público a escala nacional (MIFIN, 1994). Si bien existe un conjunto de programas cuya incidencia es netamente local y que movilizan montos mayores de recursos, su manejo y control está centralizado ya sea en los distintos ministerios sectoriales, el Ministerio de la Presidencia o el Ministerio de Acción Social.

Es importante destacar que el juego político por una mayor descentralización de recursos para los municipios no ha estado exento de tensiones entre el Poder Ejecutivo y los gobiernos locales. Al respecto, dado que la elección de autoridades municipales se realiza en forma directa, la presión de los alcaldes por obtener recursos que les permitan responder a sus electores va a continuar frente a la Asamblea Nacional y al Ejecutivo.

La nueva propuesta del Ejecutivo en materia fiscal, la "Ley para el Fomento de la Estabilidad, las Inversiones y el Empleo", se encuentra en discusión en la Asamblea Nacional, y ha sido objeto de fuertes críticas por parte de los productores agrícolas y de las autoridades municipales.

En lo que concierne a las municipalidades, en esta nueva Ley se reduciría de 2% a 1% el monto cobrado actualmente por las municipalidades sobre ingresos por ventas y servicios, con lo cual éstas perderían una parte sustancial de sus ingresos tributarios. Este impuesto, que consiste en un pago del 2% sobre los ingresos obtenidos por concepto de venta de bienes o servicios en las municipalidades, ha sido fuertemente cuestionado por representar un impuesto en cascada, que compite, además, con el impuesto general de ventas (IGV) cobrado a escala nacional, favoreciendo la doble tributación.

A la fecha, se han llegado a algunos acuerdos en esta reducción, con base en la promesa gubernamental de compensar por medio de transferencias, los montos dejados de percibir en las municipalidades por este concepto.

Es en este contexto de avances y retrocesos, casi se podría decir de ensayo y error, es que se inscribe el proceso de descentralización de los servicios de salud que se va a analizar en este estudio.

II. LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. El Entorno socioeconómico

En la actualidad Nicaragua cuenta con 19 departamentos con 142 municipios. Dos departamentos son regidos por una ley especial de autonomía: la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS). En cada departamento existe un municipio llamado cabecera departamental que generalmente es la sede de las dependencias estatales.

En la década de ochenta se subdividió al país en 7 regiones. En la región natural del Pacífico se ubicaban las regiones administrativas: II (León y Chinandega); III (Managua); IV (Carazo, Masaya, Granada y Rivas). En la región montañosa central se encontraban las regiones administrativas: I (Estelí, Madriz y Nueva Segovia), V (Boaco y Chontales) y VI (Matagalpa y Jinotega). Finalmente, en la región del Atlántico se encuentran la RAAS (Región Autónoma del Atlántico Sur) y la RAAN (Región Autónoma del Atlántico Norte).

La ubicación de Nicaragua dentro del cinturón de fuego del Pacífico la hace vulnerable a ismos y erupciones volcánicas. Por otra parte, la extensa selva dificulta la comunicación terrestre y, ocasionalmente, los cambios climáticos provocan sequías graves o bien inundaciones de tal magnitud que afectan considerablemente la agricultura. Esto es importante, debido a las secuelas de los fenómenos naturales sobre las condiciones de vida de la población afectada.

La densidad poblacional promedio del país es de 34 habitantes por Km² de acuerdo con el censo de 1995. La población urbana representa el 55% de la población total. La población ha tenido un importante crecimiento del orden del 51.8% en los últimos trece años, pasando de 2.7 millones de habitantes en 1980 a 4.1 millones en 1995. La tasa de crecimiento es de 3.3% anual. De acuerdo con el censo efectuado en 1995, aproximadamente el 45% de la población tenía menos de 14 años, siendo la edad promedio alrededor de los 16 años.

a) *La situación económica del país*

Nicaragua ha mostrado una tendencia decreciente en sus niveles de actividad económica. A partir de 1994, la tasa de crecimiento del PIB ha comenzado a mostrar resultados positivos. Sin embargo, después de más de una década de persistentes caídas en el desempeño de la economía, el PIB per cápita, hoy se ubica alrededor de \$422 dólares.¹²

Después de un largo período de desequilibrios financieros experimentados por el país durante el gobierno anterior, la administración actual con el apoyo de los organismos internacionales, ha mantenido un estricto control sobre las principales variables macroeconómicas, tal que han permitido alcanzar niveles aceptables de estabilidad. Este no es el caso de las actividades productivas, cuyo lento despegue se expresa en sus modestas tasas de crecimiento. Acorde con el ritmo de actividad económica, el país arroja tasas de subocupación de la fuerza de trabajo, superiores al 50% de la población económicamente activa.¹³

b) La situación de pobreza

Diferentes estudios coinciden en señalar los altos niveles de pobreza en que se encuentra la mayoría de la población nicaragüense. Al respecto, a continuación se presentan algunos ejemplos.

i) Según el Banco Mundial,¹⁴ con base en la Encuesta de Medición del Nivel de Vida realizada por el INEC en 1993 a una muestra de 4,458 hogares a nivel nacional, y con el método de línea de pobreza definida como el nivel de gasto per cápita por el cual una persona obtiene el mínimo de calorías requeridas (la línea de pobreza en Nicaragua se ubica en \$429 dólares al año y la extrema pobreza en \$202 dólares), el 50% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza, y el 19.4% en extrema pobreza. La situación es más difícil en el sector rural, donde un 76% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y un 36.3% en extrema pobreza (véase cuadro 3).

Cuadro 3
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBREZA DE ACUERDO AL MÉTODO
DE LÍNEA DE POBREZA A NIVEL URBANO/RURAL

% de población debajo de la línea de pobreza	Rural	Urbana
50.3	76.1	31.9
% de la población en extrema pobreza	Rural	Urbana
19.4	36.3	7.3

Fuente: World Bank (1995).

ii) El estudio realizado por el Ministerio de Acción Social (MAS) con el apoyo del PNUD y UNICEF, sobre la base de la citada Encuesta de Medición del Nivel de Vida, que usa como método la determinación de las necesidades básicas insatisfechas, sobre la base de cuatro indicadores - hacinamiento, servicios insuficientes, baja educación y alta dependencia económica- arroja los resultados que se ilustran en el cuadro 4.

De acuerdo con el método de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 43.6% de los hogares presentan 2 ó más necesidades básicas insatisfechas, un 31.2% presentan al menos una necesidad básica insatisfecha y solamente un 25.2% de los hogares a nivel nacional podría considerarse no pobres.

iii) Un reciente estudio realizado en 1996 por el Ministerio de Salud con apoyo del BID en se que correlaciona el ingreso promedio per cápita con el índice de necesidades básicas insatisfechas, muestra resultados similares. En el 73 % de los hogares se detecta la existencia de al menos una necesidad básica insatisfecha (cuadro 5).

Cuadro 4
NICARAGUA: CLASIFICACIÓN DE HOGARES POR NECESIDADES BÁSICAS
INSATISFECHAS, 1993

Hogares	%	Número	
No Pobres	25.2	1,122	0 NBI
Pobres	31.2	1,392	1 NBI
Pobreza extrema	43.6	1,944	2 o más NBI
Total muestra	100.0	4,458	

Fuente: MAS/PNUD/UNICEF, 1994.

Cuadro 5
NICARAGUA: NIVELES DE POBREZA DE ACUERDO AL MÉTODO DE NECESIDADES BÁSICAS
INSATISFECHAS

Clasificación	%	No. Hogares	NBI
No Pobres	26.7	1,850	0
Pobres	23.0	1,597	1
Pobreza extrema	50.3	3,407	2 o +

Fuente : MINSA/BID, 1996.

Estos estudios evidencian la creciente pobreza en que vive la población del país. La evolución experimentada por los indicadores señala que la situación de la pobreza se ha vuelto más crítica. En efecto, los estudios recientes indican que la pobreza extrema ha crecido. Además, si bien el país entero sufre las restricciones expuestas, ya que solamente una cuarta parte de la población podría clasificarse como no pobre, estas diferencias son más acusadas entre las distintas regiones y departamentos del país. Las zonas rurales en general, muestran mayores niveles de pobreza y carencia de servicios básicos.

c) *Diferencias regionales*

Los estudios analizados si bien obedecen a metodologías diferentes y presentan algunas variaciones sobre la ubicación estricta de algunas regiones y departamentos, todos coinciden en señalar al mismo grupo de regiones como las más carentes tanto en ingresos como en servicios.

i) De acuerdo con el estudio realizado por MAS/PNUD/UNICEF, con base en el método de necesidades básicas insatisfechas, la mayor proporción de pobres y en extrema pobreza se encuentran en las regiones descritas en el cuadro 6.

Cuadro 6
CLASIFICACIÓN POR NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS.
Regiones con mayor proporción de Hogares pobres y en extrema pobreza en orden
descendente, 1993

Regiones	%	Departamentos
Atlántico	87	RAAN, RAAS, Río San Juan
Central(V)	85	Boaco, Chontales
Norte (VI)	84	Matagalpa, Jinotega
Segovias (I)	81	Nueva Segovia, Madriz y Estelí
Sur (IV)	73	Granada, Masaya, Rivas, Carazo
Occidente (II)	73	León, Chinandega
Managua (III)	58	Managua

Fuente: MAS/PNUD/UNICEF (1994).

ii) El Fondo de Inversión Social de Emergencia - FISE, basándose en el estudio realizado por el método de línea de pobreza, utiliza el indicador de brecha de pobreza, entendida como la distancia porcentual entre el gasto individual y la línea de pobreza, y la aplica a los diferentes municipios del país. Sobre esta base, después de agrupar los municipios, se obtuvo la jerarquización que se ilustra en el cuadro 7.

Cuadro 7
NICARAGUA: CLASIFICACIÓN POR BRECHA DE POBREZA, 1993

Regiones	%	Departamentos
Segovias (I)	28.1	Estelí, Madriz y Ocotal
Norte (VI)	24.4	Jinotega, Matagalpa
Central (V)	17.2	Boaco, Chontales,
Atlántico	13.9	Atlántico Norte y Sur y Río San Juan
Occidente (II)	7.5	León, Chinandega
Sur (IV)	6.5	Rivas, Carazo, Masaya y Granada
Managua (III)	4.4	Managua y sus municipios.

Fuente: Elaborado con base en: FISE (1995).

Los datos anteriores muestran que los departamentos comprendidos en Las Segovias, el Norte, el Centro y el Atlántico del país se ubican en los primeros lugares en cuanto a pobreza, siendo las regiones de las zonas Sur, Occidente y Managua las que presentan porcentajes menores de pobres y pobres extremos.

Por otra parte, además de las desigualdades geográficas ya señaladas, la distribución del ingreso también muestra profundas inequidades. Según el Country Economic Memorandum del Banco Mundial (1994), el 20% más rico de la población concentra el 65% del ingreso nacional, mientras el 20% más pobre de la población recibe el 3%, una relación de 22 a 1. Similar a la que presenta Nicaragua en función del ingreso per cápita, con relación a un país como los Estados Unidos.

d) *Demandas Sociales*

Es importante mencionar que el país presenta una dinámica poblacional en crecimiento, con una tasa de natalidad cercana al 3% anual, lo que representa fuertes presiones sobre los servicios sociales.

El gasto social público, si bien representa un monto importante del Presupuesto General de la República (el 44% en 1994 y el 40% en 1995), encuentra serias limitaciones para aumentar esos montos. Por una parte, el cumplimiento del Programa de Estabilización y Ajuste Estructural impone restricciones en el gasto público con el objetivo de reducir el déficit fiscal. Por otra parte, el servicio y amortización de la deuda externa cuyos montos han venido aumentando (30% en 1994 y 28% en 1995 del gasto público total), limitan aún más los recursos disponibles para satisfacer dichas demandas.

En este marco de restricciones, la política social se ha convertido en un elemento importante para compensar las dificultades económicas que afronta una parte importante de la población del país.

2. Situación de salud

Nicaragua ha multiplicado por ocho su población desde el año 1906, año en que se realizó el primer censo moderno. El censo de 1995 mostró una población de aproximadamente 4.1 millones de habitantes. La fecundidad del quinquenio 1990-1995 se estima en 4.4 hijos por mujer, y una estructura de edad muy joven (el 45% de los nicaragüenses es menor de 15 años), lo que sitúa al país en una etapa moderada en la transición demográfica. Aunque las tasas de crecimiento desde 1906 han descendido hasta llegar al quinquenio actual a 2.6 %, se estima que dentro de treinta años Nicaragua duplicará su población actual.

La esperanza de vida al nacer¹⁵ ha venido incrementado a medida que la mortalidad se ha reducido, pasando de 48.5 años en el quinquenio 1960-1965,¹⁶ a 66 años en el quinquenio 1990-1995. En las zonas rurales la esperanza de vida es menor en casi 10 años, y entre las mujeres ésta es superior a la de los hombres. La tasa de natalidad¹⁷ alcanza 38.7 por mil en el quinquenio 1990-1995.¹⁸

Se estima¹⁹ que en 1990 el país tenía una tasa de mortalidad general de 10.1 por mil habitantes, con un alto componente de mortalidad infantil y de mortalidad de mayores de 50 años. Entre las primeras causas de muerte general destacan: enfermedades circulatorias y otras del corazón; accidente cerebro vascular; infartos agudos del miocardio; enfermedad diarreica aguda y otras infecciones intestinales; los accidentes y demás causas violentas; enfermedades del aparato respiratorio; neumonía y tumores malignos.

La mortalidad infantil, representó el 24% del total de causas de muerte en 1991. Las enfermedades diarreicas constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad general, infantil y preescolar y refleja las deficientes condiciones del saneamiento ambiental,

dotación en calidad y cantidad de agua, disposición de excretas, manipulación de alimentos y se caracterizan por presentarse de forma estacional. Esto es más grave en la Costa Atlántica y en los departamentos de la Región VI (Matagalpa y Jinotega). Managua ha registrado un deterioro marcado de la calidad de agua por desfinanciamiento y un crecimiento poblacional acelerado y desordenado.

La mortalidad perinatal, que refleja deficiencias en la alimentación y nutrición materna así como calidad y cobertura de la atención del embarazo y del parto, es un componente de la mortalidad infantil (10% de la mortalidad infantil). También es importante destacar, al igual que la mortalidad materna se mantiene en niveles elevados.

Por sus características, el país presenta altas tasas de enfermedades transmitidas por vectores (mosquitos, chinches, etc.), entre las que se destacan la malaria, el dengue y la leishmaniasis. En las enfermedades inmunoprevenibles hay que destacar particularmente al sarampión y la tos ferina que alcanzaron niveles epidémicos en 1990.

La crisis acumulada producto del bloqueo económico y el conflicto armado en que se encontraba el país en la década de los ochenta, condicionó el deterioro de las condiciones generales de vida e higiénico-sanitarias de la población. Esta situación provocó que varios de los problemas de salud que habían sido controlados al inicio de dicho período nuevamente aparecieran como causa importante de morbilidad y de mortalidad, aumentando la demanda sobre los servicios de salud ya tensionados por los miles de desplazados, repatriados y desmovilizados de la guerra.

3. La provisión de servicios de salud

Antes de 1979 el sistema de salud nicaragüense estaba constituido por un conjunto de instituciones que operaban con escasa coordinación, entre los cuales se encontraba el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, y 19 Juntas Locales de Asistencia Social. En conjunto, el sistema operaba con una baja disponibilidad de recursos humanos (0.5 médicos por 1,000 habitantes), y su cobertura era escasa (solo el 20% de las mujeres embarazadas recibían atención prenatal).

A partir de 1980 se unificaron estas instituciones en el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) y se inició un proceso de ampliación de cobertura, el cual fue reforzado por la puesta en marcha de un extenso proyecto de inversión financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) destinado a la reposición de cinco hospitales y una extensa red de Centros y Puestos de Salud.

Para gerenciar dicho proceso el SNUS se desconcentró para lo cual se organizaron seis regiones y tres zonas especiales, las que a su vez se subdividían en 107 áreas de salud y éstas en sectores.

La definición de espacios/poblaciones de responsabilidad fue parte integral del proceso de regionalización de los servicios. Las áreas de salud, en el inicio de la década de los ochenta, correspondían a poblaciones de 15,000 a 80,000 habitantes, y los sectores a 2,000 y 3,000 habitantes. Cuando se definieron las áreas de salud se intentó que éstas calzaran con los municipios, sin embargo, no siempre el concepto de espacio/población y división administrativa eran compatibles, de tal manera que globalmente había una relación de 1.2 municipios por área de salud.

Los problemas más relevantes derivados de la falta de correspondencia entre los territorios cubiertos por las áreas de salud y los municipios fueron la pérdida de la continuidad de la recolección de información estadística que históricamente se recogía en el ámbito municipal y la dificultad en coordinar las actividades con las autoridades municipales en la medida que estas no estaban dispuestas a entregar recursos para apoyar acciones del Ministerio de Salud que se ejecutarían en territorio de otros municipios.

En este marco se organizó un modelo de atención primaria que constaba de dos niveles resolutivos: centros y puestos de salud, y hospitales regionales y nacionales. Este proceso de regionalización fue concebido como un mecanismo de descentralización técnica y administrativa. Este proceso avanzó paulatinamente durante los años ochenta, reforzado por la regionalización de otras estructuras administrativas del país.

A partir de 1982, el gobierno central nombró a sus delegados regionales con rango de ministro. El delegado regional de salud, debía coordinar su gestión con el respectivo Ministerio y sujetarse a sus disposiciones, lo que significaba que los funcionarios regionales tenían una doble subordinación administrativa. Sin embargo, fácilmente los directores regionales podrían resultar sometidos a fuertes presiones cuando las instrucciones del nivel central del Ministerio se contradijeran con las del delegado de gobierno.

En 1985, el presupuesto de salud de la región de Managua pasó a ser controlado directamente por la administración regional del Ministerio de Salud, dos años después en 1987, fue descentralizado hasta el nivel de las unidades operativas (hospitales y centros de salud). A partir de esta experiencia, se inició el proceso de descentralización de los presupuestos de salud de otras regiones.²⁰ Las regiones descentralizadas trataban directamente su presupuesto con el Ministerio de Finanzas, el que aplicaba criterios previamente discutidos con el MINSA y la Secretaría de Planificación en lo referente a techos presupuestarios, prioridades programáticas y estructura de asignación en lo referente a recursos humanos, suministros, mantenimiento e inversiones. El MINSA se reservaba las funciones de normación y supervisión.

En 1987, los municipios se fortalecieron por la aprobación de un nuevo texto constitucional y la modificación de los planes de arbitrio que regulan las atribuciones del poder local, que les otorgaban mayor autonomía y una mayor capacidad para recaudar impuestos. En el sector salud esta situación se reflejó en los cambios introducidos por la Resolución Ministerial 75 de 1989, en la cual se ajustaban las áreas de salud al territorio de los municipios, de tal forma que éstas coincidieran. Al mismo tiempo se introdujo una serie de reformas en la estructura y función de los puestos de salud, puestos médicos,

centros de salud, y hospitales primarios,²¹ que tenían como objetivo adecuar estos servicios a las condiciones de guerra que vivía el país.²²

Hasta este año, las políticas de salud no tomaban en cuenta otros sectores, o instituciones prestadoras de servicios del sector distintas al MINSA. No había mecanismos que regularan a las instituciones de otros entes estatales y las actividades del sector privado con y sin fines de lucro. Ante este vacío se señaló²³ en el Plan 1988-1990, que era necesario que el MINSA jugara el papel de organismo rector de la salud. Para esto, se inició la elaboración de propuestas para desarrollar la base jurídica de la salud pública y sentar las estructuras para transformar el modelo organizativo para que éste se correspondiera a las condiciones políticas, económicas y sociales imperantes en ese momento.

Al final de la década, el proceso de regionalización del MINSA había logrado crear estructuras capaces de administrar, con un alto nivel de autonomía, tanto los recursos provenientes del presupuesto fiscal como los adicionales que se obtenían a escala local por medio de las estructuras del poder regional.

Sin embargo, las unidades de salud actuaban como dependencias de las administraciones regionales a las que se encontraban adscritas. La capacidad de gerenciar sus propios recursos estaba limitada por el hecho que funcionaban como meras unidades ejecutoras que, en la mayor parte del tiempo, desconocían la magnitud y calidad de los recursos asignados en el presupuesto y dependían principalmente de las decisiones que sobre éstos realizaba el aparato administrativo de la región.

Este esquema fue útil para la consolidación del Sistema Unico de Salud y posteriormente necesario en la adecuación del aparato estatal para responder al conflicto armado en curso. Dicho esquema se encuadraba en una visión estratégica de defensa en caso de una intervención armada. En la práctica, el aparato central del MINSA se había reproducido en el ámbito regional.²⁴ Las delegaciones regionales no estaban interesadas en transferir mayores niveles de autonomía a las unidades de salud. Su poder radicaba en la centralización de los recursos de la región y en la posibilidad de disponer de ellos según lo considerara necesario.

Entre los problemas más relevantes asociados con la organización regional de las estructuras del Ministerio de Salud, se destacaban: a) la inequidad en la distribución de los recursos institucionales de salud entre las diferentes regiones, b) la falta de coordinación entre los servicios municipales y los hospitalarios, c) la falta de correspondencia entre la oferta de servicios y la demanda efectiva de la población, y d) la insuficiencia e instrumentalización de la participación ciudadana en la gestión de salud.

A comienzos de los noventa se produjo, por la vía electoral, un cambio de gobierno que logra detener la guerra e inició una serie de transformaciones económicas y políticas tendientes a fortalecer una economía de libre mercado, para lo cual se puso en marcha un programa radical de reformas económicas y sociales.

La regionalización, tal y como se venía entendiendo, fue objeto de revisión y pronto este modelo dejó de ser útil, volviéndose a una organización por departamentos, como sede de las delegaciones territoriales de los entes que lo requerían. Los delegados regionales de gobierno fueron reemplazados por un delegado departamental del Ministerio de Gobernación, a quién se le entregaron poderes limitados. Poco a poco las estructuras regionales fueron sustituidas por estructuras departamentales; en el caso del MINSA, este proceso se dio con la sustitución de las delegaciones regionales por los Sistemas Locales de Atención Integrada en Salud (SILAIS).

4. Un modelo de descentralización de los servicios, los SILAIS

En abril de 1991, el Ministro de Salud aprobó la Resolución 91 que estableció la organización de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) en todo el país y responsabilizaba a las Direcciones Regionales de Salud por su implantación. Cabe indicar que en un inicio los SILAIS se concibieron como instancias intermedias entre la región y el municipio. En los primeros documentos sobre la organización de los SILAIS,²⁵ se indicaba que a la región le correspondía una importante función técnico metodológica. En este nivel se realizará la adecuación de las orientaciones estratégicas. En el plano administrativo, el nivel regional conservará las responsabilidades de recepción, distribución y control del presupuesto.

Finalmente, las estructuras regionales se disolvieron²⁶ y sus recursos fueron absorbidos por los SILAIS. La regionalización y municipalización de servicios habían servido de eje al proceso de descentralización. Sin embargo, el hecho de que la regionalización no había logrado un soporte legal suficiente para su existencia, en tanto subdivisión política y administrativa del territorio; y el hecho que desde un inicio el proceso de regionalización había sido atacado por ciertos sectores como un intento de eliminar la identidad local de los habitantes, ocasionó que con el cambio de gobierno de 1990 la mayoría de las dependencias estatales cerraran sus oficinas regionales y las reabrieran en los departamentos. El MINSA define el SILAIS como la unidad organizativa básica del Sistema Nacional de Salud, donde se concentra un conjunto de recursos y mecanismos políticos y administrativos, sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única, y responsable del desarrollo de la salud de una población definida, en un territorio determinado.

Espacio territorio/población. Se definió para cada SILAIS un espacio de territorio/población ajustado a la división político administrativa del departamento, aceptando variaciones muy específicas en relación con ciertas localidades debido a consideraciones de accesibilidad o flujo tradicional de la población.

Infraestructura sectorial. Se procuró para cada SILAIS una infraestructura sectorial mínima que incluye un hospital con atención de segundo nivel en las especialidades médicas básicas (medicina interna, pediatría, cirugía y ginecobstetricia), además de un número variable de centros y puestos de salud que brindara cobertura para la atención de primer nivel.

Niveles de atención.²⁷ Se consolidaron los primeros dos niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud, para lo cual se reorganizó la referencia (de las unidades de menor complejidad hacia las de mayor complejidad) y la contra referencia (de las unidades de mayor complejidad a las de menor complejidad). Esto permite la atención progresiva de los pacientes de acuerdo con la capacidad del personal especializado y la tecnología disponible en cada territorio.

Niveles de autoridad. Se reconocen dos niveles de autoridad en la administración de los servicios de salud del MINSA. El nacional, representado por las autoridades del nivel central de dicha institución, y el local, representado por el director del SILAIS y su equipo de dirección. Las autoridades municipales no tienen ninguna autoridad sobre los servicios de salud.

La máxima autoridad del nivel central es el Ministro de Salud, dos vice-ministros y un secretario general. Estos constituyen la Dirección Superior de la institución. El Ministro atiende personalmente a los directores de SILAIS, quienes lo representan en el territorio. Uno de los Vice-Ministros (generalmente un médico) atiende las direcciones generales que regulan programas de salud (Servicios de Salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Epidemiología, Materno-infantil, Farmacia, Investigación y Docencia), y el otro (generalmente un economista o administrador de empresas), las direcciones generales encargadas de los programas administrativos de la institución (Presupuesto, Tesorería, Recursos Humanos, Proyectos, Abastecimiento Médico y No Médico). El Secretario General atiende las divisiones generales de apoyo (Asesoría Legal, Cooperación Externa, Estadísticas e Informática, Políticas de Salud) y los directores de las unidades ejecutoras de los proyectos financiados por el BID y el Banco Mundial.

En el nivel central se definen las políticas y estrategias sectoriales; se elaboran las normas técnicas para la atención de los pacientes en los diferentes programas de salud; se elaboran, aprueban y controlan las resoluciones, reglamentos y disposiciones sobre los procesos de atención; se regula la nominación de cargos y controla las actividades de los programas bilaterales y multilaterales de colaboración externa (Banco Mundial, BID, OPS/OMS, AID, FINIDA, ASDI). Es la contraparte del Ministerio de Finanzas, en lo que respecta a la formulación y seguimiento del presupuesto de gastos corrientes y de inversión; concentra la adquisición y distribución de insumos para la prestación de servicios; aprueba y tramita con el MIFIN las contrataciones del personal. Nombra los directores de SILAIS, los directores de hospital y principales centros de atención especializado, los miembros de las juntas hospitalaria y los consejos departamentales de los SILAIS.

La responsabilidad del Nivel Local recae en el director del SILAIS (nombrado por el Ministro de Salud) y su equipo de dirección integrado, como mínimo, por un administrador, un epidemiólogo, una enfermera, un técnico estadístico y un trabajador sanitario. Los directores de los centros de salud ubicados en los municipios representan al director del SILAIS en su territorio y son la autoridad sanitaria en ese nivel. Las alcaldías no participan en forma alguna en el nombramiento de dichos directores.

El Director del SILAIS tiene autoridad para orientar los recursos de las estructuras del primer nivel (Centros y Puestos de Salud) en el territorio, así como para coordinar con otros sectores institucionales, privados o de cooperación externa, lo relativo a la prestación de salud dentro de su espacio.

Los SILAIS solo coordinan los aspectos médico-epidemiológicos con los hospitales. En el caso de los hospitales departamentales, el SILAIS es el encargado de trasladar los fondos de avance y los cheques de la nómina fiscal. En el caso de los hospitales de referencia nacional, éstos tratan directamente con las estructuras del nivel central del MINSA.

Esta forma de operar ha producido una ruptura entre el primer y segundo nivel de atención, que afecta uno de los mecanismos básicos del modelo de atención. Los hospitales tienden a negociar con las estructuras del nivel central para la obtención de recursos adicionales y apoyo a sus decisiones, al margen del SILAIS, afectando de esta manera la integralidad de la atención en el sector. Esta situación es más acentuada en el caso de los hospitales de referencia nacional que por su naturaleza tienden a obviar el espacio territorial en el que están asentados, produciendo tensiones con las autoridades de los SILAIS y los servicios de primer nivel ubicados en su periferia.

Esta situación es regresiva respecto a la organización existente con la regionalización, ya que para garantizar la subordinación de las direcciones hospitalarias a las estructuras territoriales, éstas eran las que elegían a los directores y administradores hospitalarios y asignaban todos los recursos de la región, inclusive los hospitalarios.

Participación social. Existen tres niveles de participación de la sociedad en la gestión de salud del MINSA. A nivel nacional funciona el Consejo Nacional de Salud, a nivel local los Consejos de Salud Departamentales y los Consejos de Salud Municipales.

El Consejo Nacional de Salud es una estructura heterogénea presidida por el Ministro de Salud que agrupa representantes de los organismos internacionales (OMS/OPS, BID, Banco Mundial), representantes de organismos no gubernamentales que ejecutan acciones del sector, un representante de la Iglesia Católica y otro del Consejo Ecuménico para el Desarrollo (CEPAD) (que agrupa diversas denominaciones protestantes), representantes de las organizaciones gremiales nacionales de médicos, representantes sindicales, representantes de las organizaciones comunales (Movimiento Comunal) y representantes de organismos gubernamentales como la Secretaría de la Mujer.

Este Consejo es un órgano consultivo que funciona como una instancia para la presentación de planes y programas de la institución, búsqueda de recursos, y apoyo adicional para las movilizaciones nacionales tales como las jornadas de vacunación y de limpieza. Esta instancia sirve como espacio para conocer y discutir problemas que afectan los diferentes gremios y para canalizar opiniones y posiciones sobre diferentes aspectos que afectan a la salud. Las recomendaciones no obligan en ningún sentido al MINSA.

El MINSA plantea que con los SILAIS no solo se delega en los niveles locales la autoridad para conducir la gestión en salud en cada territorio, sino que también se incorpora a la sociedad civil en la misma para tomar parte en las decisiones del futuro de su propia atención en salud.²⁸

En el ámbito de cada SILAIS, se creó un Consejo de Salud Departamental, que funciona como un órgano consultivo de coordinación para el abordaje de los problemas de salud que afectan a la colectividad. Los integrantes del Consejo Departamental son el director del SILAIS y su equipo de dirección, los directores de los centros de salud, los delegados de organismos gubernamentales con sede en el departamento, el alcalde del municipio cabecera, el director de los hospitales públicos del departamento, un representante de la iglesia católica, un representante departamental del Movimiento Comunal, y personas notables de la comunidad (la calidad de notable queda a juicio del Director de SILAIS). En el resto de los municipios del departamento se han organizado consejos municipales de salud que reproducen, a su nivel, la estructura del correspondiente al departamento.

En 1994 se organizaron los consejos de dirección de los hospitales, formados por «notables» escogidos por el MINSA; estas estructuras siguen el patrón anteriormente descrito para los consejos de los SILAIS. Los directores de hospital son nombrados por el MINSA. El desarrollo de estas estructuras depende de la capacidad de los directores para obtener, de la comunidad representada, recursos adicionales.

La acción municipal. La Ley de Municipios, conocida como Ley 40, establece que entre las competencias de estos organismos (Título III), se encuentra la preservación del medio ambiente y la satisfacción de las necesidades de la población (art. 5).

Existe la propuesta que este artículo sea modificado de tal forma que se establezca que los gobiernos municipales tengan competencia en “materia que incida en el desarrollo socioeconómico de su circunscripción”, para lo cual podrá utilizar sus propios recursos o aquellos que transfiera el gobierno. Esta modificación estaría preparando el terreno legal para la profundización de la descentralización con la transferencia de responsabilidades y competencias, ahora en manos de las instituciones del gobierno, hacia el poder local. Sobre todo, la posibilidad de transferencia de recursos del gobierno central hacia los municipios.

En lo que se refiere a la salud, la ley vigente establece que las autoridades municipales son responsables de la higiene comunal, la limpieza pública, el manejo y tratamiento de los residuos sólidos y líquidos y las aguas pluviales (art. 7). Las modificaciones a la ley agregan el concepto de coordinar con el ente nacional, la construcción y mantenimiento de puestos y centros de salud urbanos y rurales, y promover y participar en las campañas de higiene y salud preventiva. Estas dos últimas disposiciones no modifican substantivamente el papel que han jugado los municipios en la actualidad. En lo que se refiere a las inversiones de salud promovidas por la localidad, generalmente éstas han sido producto de la colaboración de grupos de solidaridad internacional y ONG locales, sin embargo, una vez terminada las obras los activos son entregados al MINSA quién se hace responsable de su operación.

Más adelante (art. 10 y 11), la misma Ley establece que los gobiernos municipales podrán realizar actividades complementarias a las atribuidas a otras instituciones y entre otras, las relativas a educación y sanidad. El Poder Ejecutivo podrá delegar, a favor de una o varias municipalidades, las atribuciones que correspondan a la administración central, acompañadas de la transferencia de los recursos necesarios para la ejecución de la obra o la prestación de los servicios. Por otra parte, la base legal necesaria para desarrollar un proceso de descentralización que traslade las responsabilidades y los recursos dirigidos a la salud hacia el poder local.

Este paso significaría profundos cambios en la forma de operar del Estado nicaragüense. Entre las más relevantes se encuentran el fortalecimiento administrativo municipal, sobre todo en las áreas encargadas el presupuesto, la profundización del papel normativo del MINSA, la creación de un sistema de acreditación y supervisión de los servicios de salud, el establecimiento de mecanismos de financiamiento para la población en extrema pobreza que eviten su exclusión de los servicios de salud, y la modificación de los sistemas de contratación de personal que garanticen la estabilidad laboral.

Finalmente, a pesar de existir disposiciones legales que pudieran ser utilizadas por las autoridades locales para incidir de forma más beligerante en los problemas de salud de la comunidad, las limitaciones financieras y el escaso desarrollo administrativo de estas instancias hace que en la práctica sea el gobierno central, a través de sus funcionarios, el que orienta las acciones en el territorio.

En los casos en que existe una estructura territorial formal que atiende salud, como en los comités de salud del gobierno autónomo de la RAAS y la RAAN, la relación entre las delegaciones del MINSA y los Comités depende de la voluntad de los funcionarios de ambas dependencias. Uno de los principales obstáculos es la falta de reglamentación de la ley de autonomía que establece atribuciones a las gobernaturas autónomas no reconocidas por las delegaciones institucionales. No existe hasta ahora ninguna disposición que obligue a la institución a rendir cuentas a las estructuras del poder local.

5. El gasto en salud

En Nicaragua los gastos de salud se realizan en instituciones y empresas públicas o privadas, con y sin fines de lucro, por la prestación de cuatro grandes tipos de servicios: ambulatorios, hospitalarios, medicamentos y otros.²⁹

De acuerdo con la información del cuadro 8, el gasto nacional en servicios de salud (GNS)³⁰ correspondiente al período 1990-1994 disminuyó en 14.8% respecto al período 1985-1989, al pasar de \$178.8 a \$152.4 millones de dólares. En ese mismo lapso, el gasto público pasó de \$132.1 a \$79.3 millones de dólares, es decir, experimentó una disminución del 40%. En contraste, el gasto de las familias se incrementó en 60.3% durante el mismo período.

El GNS per cápita disminuyó de \$60 a \$37 dólares, en el período comprendido entre 1980-1984 y 1990-1994, a expensas principalmente del gasto público ya que el gasto de las familias se mantuvo estable en la década de los ochenta y se incrementó entre 1990 y 1994.

La economía nicaragüense se deterioró de manera importante entre el período 1980-1984 y 1990-1994. Entre ambos períodos el PIB descendió casi en una cuarta parte, mientras la población creció en un 50% en ese mismo lapso. En consecuencia, el PIB per cápita se redujo a aproximadamente la mitad, desde \$974 a \$493 dólares.

Cuadro 8
NICARAGUA: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN, EL GASTO EN SERVICIOS DE
SALUD Y EL PRODUCTO INTERNO BRUTO
Períodos 1980-1984 a 1990-1994 (millones de dólares de 1988)

Rubro	1980-1984	1985-1989	1990-1994
Gasto Público MM	120.4	132.1	79.3
Gasto de las Familias	39.8	43.6	69.9
Otros MM	2.9	3.0	3.2
Total MM	163.1	178.8	152.4
Población MM Habitantes	2.7	3.5	4.1
PIB MM	2,631	2,313	2,020
PIB/Poblac. US\$	974	661	493
G.Público/Poblac. US\$	41	38	19
G.Familias/Poblac. US\$	13	13	17
G.Total/Poblac. US\$	60	51	37
G.Total/PIB %	6.2	7.7	7.5

- 1/ Se incluye en este gasto el presupuesto ejecutado del MINSA, las Fuerzas Armadas y Ministerio de Gobernación y la parte del aporte estatal al régimen de salud y maternidad de la seguridad social.
- 2/ Se incluye el gasto en servicios ambulatorios (consultorio); hospitalización; uso de medios diagnósticos; óptica; odontología; medicamentos; gasto en atención médica tradicional y pago de la cotización de maternidad y enfermedad del seguro social tanto de los patrones como de los trabajadores.
- 3/ Se incluye la Cruz Roja; Dispensarios de iglesias; obras de caridad y gastos de salud adicionales de las empresas.

Fuentes: Espinosa J. (1993), y Ministerio de Salud, (1993).

La política de salud en la década del ochenta se caracterizó por el esfuerzo en garantizar el acceso a los servicios de salud al mayor número de personas, a expensas del gasto público en salud y un fuerte déficit fiscal. Con los cambios en la política económica que entre otros elementos se orientó a la reducción del déficit, la tendencia al financiamiento público de los servicios de salud se revierte.

Mientras el PIB per cápita entre 1980-1984 y 1985-1989, se redujo en un 32.1%, el gasto público en salud disminuyó en 7.3%. Sin embargo, entre el período 1985-1989 y el período 1990-1994, el PIB per cápita se redujo en 25.4% y el gasto público en salud en 50%.

El hecho que el gasto de las familias haya comenzado a elevarse solamente en el período 1990-1994 puede atribuirse al incremento en la oferta privada que tiene su origen en la gran cantidad de egresados de la carrera de medicina que no fue captada por los servicios públicos, y en que la reducción del gasto público ha afectado principalmente la oferta institucional de medicamentos, obligando a la población a adquirirlos en el mercado privado.

Al analizar el comportamiento del gasto por grandes rubros (cuadro 9), se encuentra que entre los períodos 1980-1984 y 1990-1994 el gasto en servicios ambulatorios se incrementó en 65.1%, mientras el gasto hospitalario descendió casi en la misma proporción, 67.3%.

Cuadro 9
NICARAGUA: EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL GASTO DE
SERVICIOS DE SALUD
Períodos 1980-1984 y 1990-1994
(Dólares de 1988)

Rubros del Gasto 1/	1980-1984		1985-1989		1990-1994	
	MM US\$	P. Capita	MM US\$	P. Capita	MM US\$	P. Capita
Ambulatorio	47.3	18	70.2	20	78.1	19
Hospitalización	67.7	25	64.5	18	45.6	11
Medicamentos	44.3	16	39.9	11	23.6	6
Otros	3.9	1	4.1	1	5.1	1
Total	163.1	60	178.8	51	152.4	37

1/ Se incluye el gasto en servicios ambulatorios (consultorio); hospitalización; uso de medios diagnósticos; óptica; odontología; medicamentos; gasto en medicina tradicional y pago de la cotización de maternidad y enfermedad del seguro social tanto de los patrones como de los trabajadores.

Fuentes: Jaime Espinosa F., 1993.

En el quinquenio 1980-1984 se construyó, con fondos del BID, la mayor parte de las unidades de primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Esto explicaría el cambio en la composición del gasto en salud en los quinquenios siguientes, donde se observa una disminución del gasto hospitalario respecto al ambulatorio, en un contexto de una reducción global del gasto en salud per cápita.

Por otra parte, el análisis de la cobertura, a través del número de consultas por habitante y por sector, confirma el comportamiento de los indicadores del gasto per cápita observado anteriormente. Este indicador se deteriora globalmente al pasar de 2.4 consultas/habitante en 1982 a 1.9 consultas/habitantes en 1992, a expensas de las consultas financiadas con fondos públicos (véase cuadro 10).

Cuadro 10
EVOLUCIÓN DEL PROMEDIO DE CONSULTAS ANUALES
DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
POR ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO

Año	Público	Familias	Otros	Total
1982	2.0	0.4	0.02	2.4
1984	1.9	0.3	0.02	2.2
1986	1.8	0.4	0.02	2.2
1988	1.8	0.4	0.02	2.2
1990	1.6	0.5	0.02	2.0
1992	1.2	0.7	0.02	1.9

Fuentes: Jaime Espinosa F., 1993.

En cuanto a los medicamentos, el gasto descende 47.7% entre los períodos 1980-1984 y 1990-1994. En 1995 se atendieron 0.6 recetas³¹ por consultas³². Diez años antes, en 1985, este indicador era de 2.7 recetas atendidas por consulta.³³ Esto podría indicar un deterioro en la calidad de la atención en los servicios de salud ya que las indicaciones terapéuticas de los médicos no son seguidas por la falta de recursos necesarios.³⁴ Los indicadores de producción de servicios de los últimos seis años que se muestran en el cuadro 11, indican el estancamiento de estos en la primera mitad de los años noventa.

Cuadro 11
MINSA: INDICADORES DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Miles

Variable	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Controles embarazo	336.3	309.0	347.0	336.7	346.2	353.5
Controles I trimestre	60.9	57.5	60.8	60.1	57.1	56.1
Egresos hospitalarios	235.7	228.4	241.2	254.1	265.5	279.8
Partos	76.2	77.7	84.3	80.6	81.1	76.5
Recetas atendidas	8,448	7,501	7,716	8,725	7,473	7,370
Exámenes Laboratorio	4,172	3,446	3,589	4,103	4,533	4,917

Fuente: MINSA, Dirección General de Sistemas de Información, Producción de Servicios 1990-1995.

Este estancamiento de la producción de servicios de salud del MINSA se podría explicar por el cambio de composición del financiamiento de las prestaciones de salud mostrado en el cuadro 8. Además, la reducción del número de partos institucionales, en 1985, podría explicarse por el incremento de la oferta privada sin fines de lucro en la atención a la mujer,³⁵ y por los probables efectos de la reducción del 6% en la ejecución presupuestaria de 1995 respecto a 1994 (cuadro 12). En 1995, el 38.1% de los partos fueron atendidos en el domicilio con asistencia de parteras, y el 10% de los partos totales no tuvieron asistencia de ningún tipo.³⁶

6. Fuentes de financiamiento

En Nicaragua se identifican dos fuentes principales de financiamiento del sector salud: el presupuesto nacional y el aporte de los individuos y las familias. A estas fuentes se agregan las externas (donaciones, préstamos y créditos) y las provenientes de las organizaciones privadas sin fines de lucro (Cruz Roja y otros organismos humanitarios, ONG) y otros tales como la caridad.

a) *El presupuesto estatal*

En la actualidad el presupuesto estatal financia el gasto del Ministerio de Salud y los servicios de salud del Ejército Nacional y el Ministerio de Gobernación que cubre la policía y el Sistema Penitenciario Nacional. En algunos casos las alcaldías brindan servicios de salud,³⁷ pero sus servicios más importantes son los de recolección y tratamiento de desechos sólidos. Así mismo, financian parte de las inversiones en agua potable.

En términos generales, el presupuesto del Ministerio de Salud se financia con las contribuciones del pago de los impuestos, los recursos externos provenientes de programas de colaboración internacional y el financiamiento externo para proyectos de inversión. Otra fuente de financiamiento, vigente hasta inicios de los años noventa, fue la transferencia de la cuota técnica (por enfermedad y maternidad) que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI) tenía que entregar por ley al MINSA. Esto último fue resultado de la ley del Sistema Unico de Salud que traspasó los servicios de salud de la seguridad social, bajo responsabilidad del MINSA.

Del cuadro 12 se desprende que el presupuesto de 1996 era 12.1% menor que el de 1992; en el rubro de servicios personales esta reducción fue de 20.4% y en insumos médicos del 7.6%. El rubro de bienes y servicios³⁸ se ha desconcentrado progresivamente hacia los SILAIS bajo el concepto de transferencias corrientes. Con relación al total del presupuesto, este rubro pasó de representar el 10.7% en 1992, a 20% en 1996. La reducción del presupuesto del MINSA está motivada por la reducción del gasto en el marco de las políticas de ajuste estructural que, entre otros elementos, establecen la contención del déficit fiscal por la vía de la reducción del gasto público.

En las entrevistas realizadas en el ámbito local, los directores de hospitales y centros de salud indicaron que la falta de recursos afectaba a los pacientes, a quienes solamente se les podía garantizar la consulta. Igualmente señalaron que la mayoría de las veces no se les entregaban medicamentos y no se realizaban exámenes de laboratorio o radiológicos por falta de reactivos y placas. Lo anterior se confirma a través de los resultados de la Encuesta de Hogares sobre Demanda de Servicios de Salud.³⁹ En dicha encuesta solo el 45.3% de los entrevistados señalaron que el servicio tenía todos los medicamentos cuando les fueron recetados, mientras que el 39.8% de los consultados indicaron que en el centro no había ninguno de los medicamentos.

Cuadro 12
PRESUPUESTO EJECUTADO DEL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA
(MM dólares corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996**
Servicios Personales	33.3	29.1	29.6	28.1	26.5
Bienes y Servicios	19.5	17.2	15.7	13.9	12.4
Insumos Médicos	13.2	11.4	15.4	12.9	12.2
Transferencia Corriente	8.2	10.5	12.8	13.8	13.4
<i>Total Gasto Corriente</i>	<i>74.3</i>	<i>68.2</i>	<i>73.5</i>	<i>68.6</i>	<i>64.5</i>
Maquinaria y Equipo	0.5	0.6	0.4	0.5	0.5
Inversiones	1.5	2.5	2.6	2.6	2.1
<i>Total Gastos de Capital*</i>	<i>2.0</i>	<i>3.1</i>	<i>2.9</i>	<i>3.0</i>	<i>2.6</i>
<i>Gran Total</i>	<i>76.3</i>	<i>71.3</i>	<i>76.4</i>	<i>71.6</i>	<i>67.1</i>

*/ Incluye fondos externos.

**/ Ejecución estimada

Fuente: Dirección Económica. Ministerio de Salud.

En la misma encuesta se señala que el 84.6% de los quienes no recibieron el medicamento en el servicio de salud, no lo compró en las farmacias privadas por considerarlo muy costoso. Al 15% de los pacientes no se les efectuaron los exámenes de laboratorio indicados en la consulta por falta de insumos. De este total, el 45% tampoco acudió a un centro privado.

b) Los recursos externos y los créditos comerciales

Los recursos provenientes de fuentes externas son de dos tipos: donaciones y créditos. Los primeros pueden ser, comerciales o bancarios. Estos recursos pueden ser destinados a inversión, compra de insumos o transferencia tecnológica.

Las donaciones han constituido una fuente significativa de recursos. Sin embargo, exceptuando la colaboración de agencias o de las ONG, son difícilmente programables y generalmente no corresponden a las necesidades reales del sistema, lo que las hace difícilmente aprovechables.

Los créditos comerciales generalmente son otorgados a empresas públicas y privadas, que adquieren insumos para el sector. Sin embargo, es frecuente que el Estado consiga mayores plazos. Por su parte, los créditos bancarios están destinados al financiamiento de proyectos de inversión de mediano y largo plazo y se caracterizan por tasas blandas de interés. Entre 1981 y 1984 la mayor parte de los recursos externos del presupuesto del MINSA provenían del préstamo BID para la reposición de hospitales y la extensión de la cobertura del primer nivel de atención. Entre 1985 y 1990 el presupuesto se financió con recursos ordinarios y, a partir de 1991, una parte significativa del presupuesto se financió con recursos externos.

En los últimos años, ha ocurrido una distribución de las áreas de cooperación externa entre las diferentes agencias. El apoyo global del MINSA, en lo referente al

fortalecimiento institucional para el enfrentamiento de los problemas de alta prioridad epidemiológica, ha quedado a cargo de OPS/OMS, UNICEF, PMA, FNUAP, OIEA. Las agencias de carácter financiero, como el BID y el Banco Mundial, han dirigido sus recursos para el fortalecimiento del proceso de inversión, la reorganización de los servicios, el mejoramiento de los sistemas de contabilidad y finanzas y el manejo de los sistemas de suministros médicos.

Desde el punto de vista territorial, Suecia a través del proyecto llamado PROSILAIS, administrado por OPS/OMS y UNICEF, apoya integralmente los SILAIS de Estelí, Madriz, Nueva Segovia, León, Chinandega y la RASS. Los análisis elaborados en torno a la asistencia técnica han considerado PROSILAIS como un proyecto pionero en la entrega descentralizada de la cooperación en el país.⁴⁰

El Banco Mundial a través de un programa de Atención Primaria en Salud apoya con insumos, equipos y reparaciones a los SILAIS de Managua, Carazo, Masaya, Rivas, Boaco, Río San Juan y la RAAN. USAID con un proyecto de descentralización de los servicios de salud, apoya los SILAIS de Managua, Matagalpa, Jinotega y Boaco. Holanda apoya el SILAIS de Chontales en capacitación gerencial y mejoramiento de la infraestructura. Finalmente, Alemania apoya el sector oriental del SILAIS Managua en el mejoramiento de la infraestructura.

c) La venta de servicios

Otra fuente de financiamiento del MINSA durante la década de los ochenta, fue la venta de medicamentos y otros insumos médicos a las farmacias privadas a través de COFARMA. También se ofrecían servicios técnicos a los servicios privados a través de TECNOMEDICA. Esta modalidad de financiamiento por medio de actividades empresariales fue suspendida a inicios de los años noventa, debido a la fuerte presión ejercida por los importadores de medicamentos y equipos médicos con el argumento que estas empresas estatales afectaban la libre empresa y que eran menos eficientes que las empresas privadas. El kilogramo de medicamentos que el MINSA compraba en 1988 a \$4.0 dólares, en 1992, le compró a \$14.9 dólares, o sea a un precio 3.7 veces mayor. Esto puede ser explicado, entre otros factores, por la compra de medicamentos de marca, las comisiones que ganan los encargados, las compras de emergencias para evitar la licitación.⁴¹

La liberalización del mercado de medicamentos y el abandono de las políticas de compra de genéricos incrementaron los precios promedios de estos productos que, junto a la reducción de la oferta institucional, ha reducido el acceso a estos productos para una gran cantidad de población. Un estudio de la OPS indica que como consecuencia de ello, la demanda insatisfecha en el sector público se trasladó rápidamente al sector privado generándose un (socialmente) costoso mecanismo de privatización del consumo de medicamentos.⁴²

Durante los ochenta, los servicios de salud estatales eran gratuitos. En los servicios ambulatorios se garantizaban los medicamentos de las patologías que se encontraban en el marco de los programas específicos del Ministerio de Salud, por ejemplo, las enfermedades

de transmisión sexual, tuberculosis, malaria, diabetes, etc. Se garantizaban asimismo los medicamentos que se derivaban de la consulta prenatal y los correspondientes a los controles de niño sano. En el caso de enfermedades no incluidas en los criterios anteriores, los medicamentos se podían obtener, a un costo reducido, en farmacias populares. La medicación intrahospitalaria y de urgencia era gratuita.

Las restricciones económicas que sufría el país en 1989 impulsaron al MINSA a buscar alternativas para financiar los servicios a la población, sobre todo los más caros, es decir, los hospitales. Por esa razón, la institución autorizó la venta de servicio de pensionado en los hospitales estatales, que había sido suspendida desde 1980 por considerar que la población debía tener la misma calidad de atención en salud.

Sin embargo, tanto las unidades del primero como del segundo nivel comenzaron a cobrar por los servicios en forma arbitraria con el objetivo de cubrir de esta manera las carencias de un presupuesto cada vez más insuficiente. Estos cobros no regulados produjeron muchas protestas de la población.

En 1993⁴³ el MINSA inició las investigaciones pertinentes para identificar posibles fuentes de financiamiento alternativas. Entre las propuestas están la venta de servicios de hostelería hospitalaria (pensionados), la venta de servicios a las Empresas Médicas Previsionales (EMP) del Seguro Social, y la venta de servicios de laboratorio y odontología a nivel de los Centros de Salud.

Se planteó también la introducción de un sistema de copago para todos los servicios prestados por las unidades del MINSA, así como el cobro de los medicamentos prescritos. Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud, se propuso un sistema de clasificación de pacientes que toman en cuenta el nivel de pobreza familiar, medida de acuerdo con el ingreso. La calificación obtenida permitía recibir reducciones en las tarifas de hasta el 100%.

Las propuestas fueron presentadas al Consejo Nacional de Salud, instancia de coordinación y consulta del MINSA con diferentes actores, entre los cuales se encuentran los sindicatos, la iglesia, las asociaciones científicas médicas y los organismos internacionales como la OPS/OMS y UNICEF.

La propuesta de copago en los servicios de salud no prosperó dado que algunos miembros del Consejo Nacional de Salud, entre los cuales se encontraba la Federación de Trabajadores de la Salud, se opusieron a ella con el argumento de que se incrementaría la inequidad en el sistema de salud.

En 1995 se publicó la Resolución Ministerial No. 36-95 en la cual se normaba la gratuidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención y la continuidad del tratamiento gratuito si había referencia de este nivel al siguiente, es decir, la atención especializada a nivel ambulatorio u hospitalización en caso de ser requerida.

En dicha resolución se reconocía el derecho de los ciudadanos a demandar de los servicios públicos especiales de hotelería, llamados «diferenciados». Esta resolución norma la venta de servicios de pensionado (hotelería) en los hospitales; y la venta de servicios al seguro social a través de empresas de Servicios de Salud Previsional.

Las tarifas se establecen sin el apoyo de estudios de costo, la mayoría de los hospitales no cuentan con sistemas contables que les permita imputar costos a los diferentes servicios,⁴⁴ y según un estudio del BID sobre el tema, las tarifas del MINSA son siempre menores que las existentes en el mercado privado.⁴⁵

Los recursos que se obtienen de esta venta benefician a las unidades que han prestado el servicio, excepto en el caso de los ingresos generados por las Empresas Médicas Previsionales. Estos se transfieren al nivel central del MINSA y se utilizan para cubrir un complemento salarial no presupuestado con fondos regulares, el «bono navideño», de acuerdo con el convenio colectivo firmado entre el MINSA y los sindicatos de la institución.

En un estudio que analiza los datos del componente salud de la encuesta de Nivel de Vida de 1993 se indicó que el 84% de los que recibieron atención fueron financiados por el Estado, es decir, recibieron atención gratuita. Es de destacar que la población no pobre reporta una mayor frecuencia de gratuidad (84.7%) que la población en condición de pobreza extrema (82.6%). Finalmente, el 86.4% de la población urbana no paga por los servicios contra el 81.6% de la población rural.⁴⁶

En teoría, todos los pacientes tienen los mismos privilegios frente al sistema de salud. Tal consideración está al origen de los subsidios cruzados, es decir, aquellos subsidios a los que más tienen. No se cuenta con demuestran que el gasto en salud (en este caso se puede hablar de demanda) aumenta en la medida en que se incrementa el nivel de ingreso,⁴⁷ por lo que se puede pensar que los estratos de mayores ingresos presionan más los servicios de salud y reciben una mayor cantidad de subsidios.

d) El financiamiento al sector privado

El financiamiento de las actividades del sector privado proviene de la venta de bienes y servicios y del financiamiento bancario y comercial. En Nicaragua no existen programas especiales de financiamiento para el desarrollo de actividades privadas en el sector salud. Las actividades más importantes de este sector se concentran en la venta de servicios a través de los consultorios (práctica liberal), de medicamentos (farmacias), óptica, y servicios de diagnósticos (laboratorios y radiología). La organización empresarial de este sector todavía es incipiente, aunque se ha dinamizado como resultado del modelo de contratación de servicios de salud del Seguro Social.

e) El Seguro Social

La Ley del Seguro Social fue emitida en Nicaragua en los años cincuenta, en la misma década en que se elaboró el primer código del trabajo. Estas leyes obligaban a los

empleadores y trabajadores del sector formal a cotizar en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social tanto para enfermedad y maternidad como para invalidez, vejez y muerte. El Estado, por su parte, se obligaba a pagar una contribución por cada asegurado.

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, el INSS invirtió en la construcción de hospitales y policlínicos modernizando la prestación de servicios de salud, tanto por las inversiones como por la organización de los servicios. La Ley de Seguridad Social fue reformada en los años ochenta. En ella se establece que, si bien el INSS es el recolector de las cotizaciones de salud, le corresponde al MINSA la prestación de estos servicios. De acuerdo con este modelo, el INSS traspasó sus activos en servicios de salud al MINSA y se estableció la obligación del INSS de transferir al MINSA el equivalente de la cotización correspondiente a la prestación de servicios de salud y maternidad en el régimen correspondiente.

Desde que se trasladó la atención de los asegurados al MINSA han habido quejas sobre la calidad del servicio. Al no existir ningún mecanismo que diferencia a los asegurados del resto de la población, éstos sufrían de la falta de medicamentos y la saturación de los servicios de salud por igual. Esta inconformidad se tradujo progresivamente en la incorporación en los convenios colectivos firmados entre los trabajadores y empleadores de grandes empresas e instituciones, de cláusulas que establecían el compromiso de los empleadores respecto a garantizar los servicios de salud adicionales a sus trabajadores y, en algunos casos, a su familia. Estos servicios incluían la enfermería y los consultorios empresariales, los contratos de atención con clínicas privadas, y los acuerdos especiales con los centros de salud del MINSA.⁴⁸

Dado que en la práctica muchas empresas cotizaban dos veces por los servicios de salud, progresivamente dejaron de cumplir con sus obligaciones con el INSS. Así, en 1992, aproximadamente el 40% de las empresas se encontraban en mora con la institución.

En 1993, el INSS propuso un nuevo modelo para la prestación de los servicios correspondientes al régimen de enfermedad y maternidad de sus asegurados. En dicho modelo, el INSS renunciaba a tratar de recuperar su infraestructura de servicios, pero en cambio propicia utilizar los recursos provenientes de la parte de la cotización para enfermedad y maternidad para transferirlos, junto con el riesgo a las empresas prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas. Estas empresas debían ser acreditadas por el INSS y, a través de un contrato, asumieran la responsabilidad de administrar los servicios del conjunto de trabajadores de una o más empresas.⁴⁹

Después de un año de negociaciones se formaron las primeras Empresas Médicas Previsionales (EMP), privadas y estatales. La introducción de este modelo dinamizó la economía del sector y se convirtió en el principal impulsor del desarrollo empresarial sectorial.

En 1994, el 52.1% de los asegurados atendidos por las EMP lo hicieron en empresas adscritas u operadas por el MINSA. No se cuenta con información acerca del monto generado por la venta de servicios que los hospitales de esta institución ofrecieron

a las Empresas Médicas privadas. Otras instituciones de salud estatales, como el Hospital Militar, entraron al mercado de servicios de salud previsional, utilizando para esto las instalaciones dedicadas a la venta de servicios de pensionado.

Algunas instituciones de salud, de propiedad privada, se adhirieron a este programa en la medida en que el nuevo modelo incrementaba el uso de la capacidad instalada. Finalmente, inversionistas privados, principalmente los grupos de médicos, se han organizado en torno a este proyecto con el objetivo de asegurar una actividad laboral estable y su inserción en las nuevas formas de organización de la producción de servicios de salud.

El modelo opera con un régimen financiero llamado de Reparto Simple Anual. Este régimen se caracteriza por prestaciones de corto plazo, inferiores a un año, lo que significa que no se acumulan beneficiarios de un año a otro y el riesgo no se incrementa con el tiempo. En este tipo de régimen, no se acumulan fondos de reserva, dado que se equiparan los ingresos con los egresos, aunque generalmente se recomienda una reserva de contingencia para enfrentar modificaciones en las frecuencias o modificaciones en los costos. Esto significa que la disponibilidad per cápita anual es aproximadamente el total de lo recaudado entre el total de los aportantes al régimen.

Este modelo implica un proceso de negociación periódico entre las EMP y el INSS respecto a las características de las prestaciones y la calidad de las mismas, de acuerdo con la disponibilidad per cápita. Las EMP reciben mensualmente un monto equivalente al producto de multiplicar el número de asegurados inscritos en la nómina de trabajo por el per cápita establecido en el contrato anual. En 1993 y 1994, este per cápita fue de \$99.2 dólares.

En 1993, habían 213.9 mil cotizantes en el INSS, lo que equivale al 14.3% de la población económicamente activa (PEA) y al 5% de la población total. De éstos, 134.5 mil cotizaban en el régimen de enfermedad y maternidad.⁵⁰ El total de lo cotizado por estos asegurados se estimaba en \$28.9 millones de dólares. Esto es, aproximadamente el 36.4% del promedio de las asignaciones presupuestarias a los servicios públicos de salud (cuadro 8).

La principal debilidad del modelo es el hecho de que la Ley de Seguridad Social modificada en los años ochenta sigue vigente, pero no contempla esta modalidad. El nuevo modelo se instala por decreto ministerial, lo que lo vuelven frágil en el sentido que es sensible a los cambios de autoridades y la modificación de los enfoques en la institución.

7. La descentralización presupuestaria

Durante los años 1987-1989, el presupuesto sanitario asignado a las direcciones regionales del MINSA de las regiones II, III, y IV⁵¹ era entregado directamente por el Ministerio de Finanzas (MIFIN) a estas estructuras, las que tenían la facultad y capacidad de elaborar órdenes ministeriales, compromisos, rehabilitaciones, y modificaciones, que debían ser

verificadas y selladas por el nivel central para efectos de registro, de acuerdo con las normas y disposiciones establecidas por el Ministerio, en el marco del techo presupuestario asignado.

Algunas evaluaciones⁵² de la descentralización presupuestaria a nivel regional señalan como principales limitaciones de este proceso la enorme cantidad de trámites que estaban obligadas a cumplir las administraciones regionales para obtener los recursos por parte del Ministerio de Finanzas, y que la descentralización presupuestaria no llegaba a nivel de las unidades, lo que las convertía en simples entidades ejecutoras de la administración regional.

Con el cambio de administración pública, después de las elecciones de 1990, se pusieron en marcha una serie de medidas de política económica tendientes a controlar el proceso hiperinflacionario y los desequilibrios macroeconómicos de la economía nicaragüense. En 1990, el Ministerio de Salud sufría de una aguda crisis de abastecimiento de insumos por la falta de recursos externos y no había logrado reducir sustantivamente su personal. El personal que se había acogido a los planes de reconversión ocupacional era el administrativo de más alto nivel, que prefería los beneficios de un retiro voluntario⁵³ que arriesgarse a ser despedidos por el nuevo gobierno. Esta pérdida de recursos humanos calificados por parte del MINSA afectó al funcionamiento normal de la institución pero facilitó la introducción de cambios en las formas de operar. Sin embargo, el MINSA se resistía a disminuir la masa de trabajadores y, a fines de 1991, esta institución había recuperado e incluso superado el número de trabajadores con que contaba en el año anterior.

Para las autoridades económicas del país, el hecho que el MINSA consumiera tantos recursos económicos era un problema difícil de resolver. Por un lado, existían compromisos con organismos financieros internacionales derivados de la firma de acuerdos para la aplicación de políticas de ajuste estructural y, por otro, había una fuerte presión ciudadana para que los efectos sociales originados en la aplicación de estas políticas no recayera en los estratos más desfavorecidos.

Una de las medidas fue recuperar el control presupuestario que en ese momento ejercían las regiones y organizar los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) para sustituirlas. En marzo de 1991, se inició un programa tendiente a la organización de los SILAIS en todo el país a partir de la infraestructura de las regiones. En abril de 1992 se firmó un convenio entre el Ministerio de Finanzas, el MINSA y la Organización Panamericana de Salud, el cual contemplaba, como tarea importante, el agilizar e impulsar la descentralización presupuestaria hacia los SILAIS y de ahí hacia las unidades hospitalarias.

El proceso de re-descentralización presupuestaria pretendía llegar, en una primera etapa, a nivel departamental y después al nivel de las unidades. En 1993, se efectuaron modificaciones en la estructura programática del presupuesto fiscal con el objeto de posibilitar el conocimiento de las asignaciones y ejecuciones presupuestarias por niveles de atención y por unidades.⁵⁴

En ese año, los SILAIS y hospitales solo decidían de forma autónoma sobre los fondos asignados para la compra de bienes y servicios, exceptuando los medicamentos e insecticidas, lo que equivale aproximadamente al 16% del presupuesto global asignado. El resto de los rubros presupuestarios estaban centralizados, sea por el nivel central del MINSA o por el MIFIN.

A finales de 1993, se empieza a discutir el traslado de los fondos a través de la figura denominada Transferencias de Bienes y Servicios, esto es, para sufragar gastos en los Grupos 02 y 03 (servicios no personales o básicos y materiales y suministros menos medicamentos). Se empieza a mencionar el término de transferencias para asignar los renglones cuyos fondos se desembolsaban directamente. En ese mismo año, se introducen las normas de control para la ejecución presupuestaria, del Ministerio de Finanzas. Dichas normas establecían que:

- Los créditos de los SILAIS y hospitales en el grupo 02 Servicios no personales y grupo 03 materiales y suministros créditos, aprobados en el presupuesto del año 1994, serían unidos bajo un solo concepto de Bienes y Servicios.
- Los SILAIS y hospitales debían solicitar autorización a la Dirección Superior del Ministerio para hacer traslados entre grupos presupuestarios relativos al grupo 01 de servicios personales, grupo 04 de inversión en construcciones adiciones y mejoras y de los otros renglones de grupo 07 correspondiente a Transferencias corrientes.
- Los SILAIS y hospitales debían presentar semestralmente las programaciones de fondos a la Dirección de Presupuesto.
- Las rendiciones de fondos debían hacerse a más tardar el día 30 del mes siguiente, clasificadas por programas y por concepto del gasto. Las diferencias en las rendiciones se descontarían del monto correspondiente al trimestre siguiente.

En este año se entregaron los fondos a través de transferencias de bienes y servicios a los SILAIS y hospitales que se iban descentralizando. Hasta 1994, los hospitales departamentales dependían del presupuesto del SILAIS. En la medida que se avanzaba en la descentralización presupuestaria, las partidas se separaban, de tal forma que a partir de 1995, los SILAIS dejaron de controlar el presupuesto de los hospitales.

En 1994 se incorporó una metodología de asignación de recursos financieros del presupuesto, que tenía como objetivo introducir elementos de equidad en la asignación a través del uso del criterio per cápita e indicadores de salud en el primer nivel, así como de eficiencia en las transferencias de los recursos, en el segundo nivel. Se trataba de vincular los recursos con la demanda y la producción de servicios de salud.

En el primer nivel de atención, dicha metodología establecía un procedimiento para vincular las asignaciones presupuestarias a los problemas de salud del SILAIS mediante un Índice Agregado de Salud que sirve de ponderador de las asignaciones presupuestarias en los rubros de Bienes y Servicios.

En el caso de los hospitales, dicha metodología proponía la utilización de indicadores de eficiencia en la gestión. Sin embargo, dada la diversidad de los perfiles productivos de los hospitales, se planteó la utilización de los egresos hospitalarios estandarizados con relación al parto, mediante la utilización de días de estancia relativos calculados en función de los promedios de días de estancia nacionales. Se consideró que este indicador expresaba una alta correlación con los gastos en los bienes y servicios de dichas unidades. Asimismo, se estableció un nuevo modelo de formulación del presupuesto, el cual esencialmente establecía montos incrementales en proporción a los incrementos en la producción de servicios que las diferentes unidades proyectasen realizar para el siguiente período. Este modelo inducía a que las unidades se preocuparan por vincular sus actividades con los recursos financieros y de iniciar la búsqueda de metodologías para determinar costos por actividades que sustentasen los requerimientos financieros del presupuesto.

Para efectos de la presentación del anteproyecto del presupuesto del MINSA en 1995, los renglones que comprenden los grupos presupuestarios de servicios no personales y materiales y suministros, se englobaron en el concepto de bienes y servicios. Esto implicaba que los fondos correspondientes a los SILAIS y hospitales se entregarían como transferencias corrientes a partir de ese año. El presupuesto aprobado por el MIFIN y la Asamblea Nacional estableció de manera oficial la transferencia de bienes y servicios a los 19 SILAIS y 5 hospitales de referencia nacional descentralizados.⁵⁵

A partir de 1995, a todas las unidades se les descentralizó el monto correspondiente a los servicios básicos, último renglón pendiente dentro del presupuesto de bienes y servicios lo que sumado a lo anterior constituye el 19%⁵⁶ del presupuesto total (gastos corrientes y de capital). Mensualmente los SILAIS y los hospitales descentralizados reciben el pago del personal en forma de cheques fiscales elaborados centralmente por el MIFIN. Los fondos correspondientes al rubro descentralizado de bienes y servicios (exceptuando medicamentos) se reciben en un cheque bajo el concepto de FAGO (Fondo de Avance para Gastos Operativos),⁵⁷ sobre los que tienen que rendir cuentas al mes siguiente. La rendición de cuentas es responsabilidad del Director de SILAIS, del hospital o del administrador del centro. En algunos casos se reciben fondos para cubrir los gastos de los servicios básicos (agua, electricidad, teléfono), mientras que en otros casos éstos son centralizados por el MIFIN o por el MINSA.

8. Criterios para la asignación de los recursos presupuestarios del rubro de bienes y servicios

Con el objetivo de introducir mecanismos que permitiesen avanzar en la reducción de las inequidades en la asignación de recursos presupuestarios se introdujo a partir de 1994 un sistema de corrección de las asignaciones presupuestarias para el rubro de bienes y servicios en el primero y segundo nivel de atención. No se tomaron en cuenta los rubros centralizados.

Para el cálculo del índice de corrección del Primer Nivel de Atención, en primer lugar, se divide el total del presupuesto nacional asignado para el rubro de bienes y servicios, entre el total de la población del país.⁵⁸ El valor así obtenido se multiplica por la población de cada SILAIS, con lo que se obtiene una asignación proporcional de los recursos a distribuir.

En segundo lugar, se calcula el índice agregado para la corrección de las asignaciones por SILAIS obtenidas en el cálculo anterior. Para esto, se toman en cuenta: a) el grado de deterioro en el estado de salud de la población, medido por la tasa de niños desnutridos que asisten por primera vez al servicio de salud; b) la dificultad de acceso a los servicios, principalmente por la distancia; c) la vulnerabilidad desde un punto de vista epidemiológico; y d) un indicador de eficiencia en la gestión, medido como un porcentaje de captación de embarazadas, control de niños sanos y cobertura de vacunación. En el anexo 1 se presentan los indicadores para la construcción del índice agregado en el primer nivel de atención.

Los índices resultantes permiten la construcción de el índice único, índice agregado, que corresponde al promedio de los índices individuales y se utiliza como multiplicador correctivo del valor per cápita nacional que se obtiene de dividir el monto total de la disponibilidad presupuestaria en los rubros descentralizados entre el total de la población.

Para el segundo nivel de atención el índice agregado se construyó a partir de indicadores de eficiencia. Se toma en cuenta las diferencias entre hospitales de crónicos y agudos y se introducen ponderadores para compensar los egresos por cirugía, parto y otros. Los indicadores utilizados en el cálculo se muestran en el anexo 2.

Como se puede observar, estos índices están formulados con relación a la demanda de los servicios de salud, datos epidemiológicos y de producción de servicios para dar respuesta a problemas básicos. No toman en consideración los índices de pobreza, ni la demanda agregada de las inversiones. Uno de los elementos a tener en cuenta en cuanto a la posibilidad real de reasignar con «éxito» los recursos para el gasto corriente, de acuerdo con los criterios que tomen en cuenta los niveles de pobreza y marginalización de la población, es el hecho que la infraestructura sanitaria se desarrolló en condiciones económicas muy diferentes a las actuales. A principio de los ochenta, se efectuaron grandes inversiones, principalmente con fondos del BID, en la creación de un sistema de Servicios de Salud de primer y segundo nivel de atención, lo que permitió incrementos sustantivos en la oferta de servicios a la población.

En la actualidad, los recursos económicos disponibles para salud son mucho menores que en la época en que se desarrolló la infraestructura, por lo que existe un alto grado de rigidez en las asignaciones presupuestarias, sobre todo al nivel del personal calificado.

Sin embargo, las inversiones de la década de los noventa no han tendido a resolver las inequidades regionales en infraestructura. Las obras más importantes en servicios de salud de esta década son la construcción de los hospitales de Chinandega y Estelí, así como

del Centro de Oftalmología y Cardiología de Managua. El problema más agudo que enfrentan estas obras, desde un punto de vista presupuestario, es la insuficiencia de los recursos programados. En el caso de Estelí, para operar el hospital se requiere contratar más de cien trabajadores adicionales, entre los que se encuentran los técnicos necesarios para proporcionar servicios de mantenimiento al equipo sofisticado con que fue equipado. Asimismo, se estima que los costos de operación del hospital son superiores en más del 50% a aquellos del hospital que será sustituido.

9. Capacitación

El proceso de descentralización en todas sus etapas ha sido acompañado por sistemas de formación y capacitación de cuadros profesionales y técnicos. Con ese propósito, han sido creados los siguientes centros formadores de recursos humanos para el nivel de técnico y auxiliar: un instituto politécnico de carácter nacional que ofrece 7 carreras de nivel técnico y auxiliar, 2 escuelas politécnicas de la salud con 7 y 5 carreras respectivamente en las regiones II y IV; 2 escuelas en la Trinidad (región I) y la escuela del Río Coco en la región autónoma del atlántico norte y 8 unidades docentes.

En los ochenta se creó el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) que inició la formación al nivel de maestría en salud pública y epidemiología. Más adelante, el CIES comenzó a organizar cursos de capacitación en administración y gerencia, dirigido a los administradores regionales.

En la etapa actual, el CIES ha expandido sus operaciones con maestrías por encuentro⁵⁹ y ha puesto en marcha programas especialmente dirigidos a incrementar la capacidad gerencial de los dirigentes de los SILAIS. Un ejemplo de lo anterior es PROCAVAN (Programa de Capacitación Avanzada), financiado por OPS/OMS.

No existe una política clara de asignación de recursos calificados y menos aún de retención de estos en el sistema. Los cargos de director de hospital, SILAIS y centros de salud se consideran de confianza, por tanto, sujetos a cambios de acuerdo a las condiciones políticas imperantes.

III. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN EL ÁMBITO LOCAL

1. Metodología utilizada

Con el objetivo de evaluar el impacto de la descentralización de los servicios de salud en la eficiencia, tanto social como técnica y la equidad, se seleccionaron cinco SILAIS en los que se realizaron una serie de entrevistas tanto en el aparato administrativo como en los centros de salud y hospitales de referencia departamental y nacional. También se tomaron en cuenta investigaciones como: Nivel de Vida de 1993 y Demanda de Servicios de Salud de 1996, para realizar comparaciones regionales.

Para evaluar la eficiencia social se tomaron como base las formas de participación en la gestión de salud de la población y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios. En cuanto a la evaluación de la eficiencia técnica, se analizó la evolución de indicadores de producción de servicios, así como indicadores sobre el estado de la salud. Para evaluar de la equidad se tomaron en cuenta la distribución de recursos humanos, insumos y financieros, y los costos de la atención y las formas de financiamiento.

2. Selección de los SILAIS

La población no se encuentra distribuida de una manera homogénea. La mayor concentración de población se da en la región del Pacífico, que ocupa el 15.2% del territorio nacional, y donde habita aproximadamente el 60% de la población total y el 65% de la población urbana.

Para la evaluación local del proceso de descentralización presupuestario se escogieron cinco SILAIS tomando en cuenta sus características socio económicas y su ubicación territorial. Por la región natural del Pacífico se relacionaron los SILAIS de León, Managua y Masaya, por la región central el SILAIS Estelí, y el Atlántico el SILAIS de la Región Autónoma Sur (RASS) (cuadro 13).

Otro criterio utilizado en la selección de estos SILAIS fue la distribución de la pobreza extrema. El SILAIS Masaya pertenece al grupo de SILAIS en los que el porcentaje de pobres extremos no excede al 9% de la población. Managua y Estelí se sitúan entre los SILAIS con un porcentaje de pobres extremos entre 12 y 16%, el SILAIS León entre los que tienen, entre 22 y 29% de su población en pobreza extrema; y la RASS, entre los SILAIS con más del 30% de la población en extrema pobreza.

Los SILAIS estudiados representan el 48.7 % de la población total del país, entre ellos se encuentran los SILAIS con una mayor densidad poblacional como Masaya (400.2 hab./Km²) y Managua (287.8) y uno de los Silais con menor densidad, la RAAS (8.2 hab./Km²).

Cuadro 13
NICARAGUA: VARIABLES E INDICADORES BÁSICOS DE LOS SILAIS
ESTUDIADOS

Variable	RASS	León	Estelí	Managua	Masaya	Total País
Población (Estimado 92) Miles de Hab.	204	134	301	964	215	3,778
Población (Censo 95) Miles de Hab.	223	330	169	1,057	236	4,139
Hab./Km ²	8.2	64.7	72.3	287.8	400.2	34.1
% Urbana	40.5	55.8	51.3	80.8	56.6	55.1
% Pobreza extrema	35.0	24.0	15.0	12.3	6.0	24.4
% Sin agua potable	98.0	57.0	48.0	36.7	30.0	70.7

Fuentes: MINSA, Dirección de Sistemas de Información, Managua. 1996.

3. Características principales de los SILAIS estudiados

a) *El SILAIS Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS)*

La Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) limita al norte con la Región Autónoma Atlántico Norte, con río San Juan por el sur, el océano Atlántico al este y con los departamentos de Chontales y Matagalpa por el oeste. Está demarcada territorialmente por siete municipios: Corn Island, La Cruz del Río Grande, Bluefields, Laguna de Perlas, Cukra Hill, Tortuguero y Karawala. Su clima es cálido y húmedo. La población se moviliza internamente por la vía acuática, a través de lanchas, pangas y cayucos. Existen elevaciones de poca altura, siendo el territorio plano y de llanura aluvional. La inmensa mayoría de la población se dedica a la pesca, aunque también se realizan actividades de agricultura y ganadería. En Bluefields, Corn Island y Laguna de Perlas, donde predomina la pesca, se hace el acopio y procesamiento de mariscos para exportación. La Cruz de Río Grande, El Tortuguero y el área rural de Bluefields, se dedica a la agricultura y a la ganadería. Las principales fuentes de empleo son estatales. En relación a su organización administrativa y en base a las características propias de la zona, esta región ha sido dividido el territorio en siete áreas de salud.

b) *SILAIS León*

El Departamento de León limita al norte con Chinandega y Estelí, al sur con Managua, al este con el Departamento de Managua, mientras limita con el Océano Pacífico al oeste y al sur. Cuenta con una tradición de actividad económica agropecuaria, con énfasis en el monocultivo de exportación (algodón). En la actualidad, el deterioro de la calidad del suelo

y la caída de los precios internacionales del algodón han condicionado muy altos niveles de desempleo rural, con un importante flujo migratorio hacia la cabecera departamental, la que reporta niveles de pobreza urbana creciente del orden del 13%, y con pobreza crónica del 58.9%, mientras 16.3% son pobres estables, según reportó un estudio de pobreza urbana realizado entre mayo y junio de 1994.

c) *SILAIS Estelí*

El SILAIS Estelí se encuentra ubicado en el departamento del mismo nombre, el que está ubicado en la zona norte del país, conformado por los municipios de Estelí (cabecera departamental), Pueblo Nuevo, Condega, San Juan de Limay, La Trinidad y San Nicolás. Forma parte de la región natural identificada como Las Segovias, junto con los departamentos de Madriz y Nueva Segovia, situados en la zona fronteriza con Honduras. El 35% de la población se dedica a la actividad económica agropecuaria, siendo productores de frijoles, maíz y café; 30% son técnicos y profesionales y se reporta un desempleo que afecta al 35% de la población económicamente activa.

d) *El SILAIS Managua*

El SILAIS Managua está formado por el departamento de Managua, sede de la capital del país. En la década de los ochenta, el departamento se organizaba administrativamente en la llamada Región III. Este departamento está formado por siete municipios, Tipitapa, Ticuantepe, San Rafael del Sur, Villa Carlos Fonseca, Mateare, San Francisco Libre y Managua; el municipio de Managua a su vez se subdivide en siete distritos.

Con la organización del territorio en SILAIS y dada la cantidad de población, su distribución espacial y los recursos con que se contaba, en 1991, se decidió dividir el departamento de Managua en tres SILAIS: Managua Central, Managua Oriental y Managua Occidental. A partir de septiembre de 1995, por resolución ministerial, los tres SILAIS nuevamente se fusionaron conformando el SILAIS Managua.

Para el país y Managua, los municipios con tasas de crecimiento más elevados son: Tipitapa, (9.8%) y Mateare, (6.69%); la media nacional es de 2.9%. El 52.6% de la población urbana y el 85.3% de la rural, se encuentran en situación de pobreza, medida según la metodología de necesidades básicas insatisfechas. Según la metodología de ingresos per cápita, estos porcentajes son de 53.2% y 82.4% respectivamente (MINSAL - BID - MSH, 1996). En 1996 el nivel de desempleo en el territorio de este SILAIS alcanzaba al 60% de la población económicamente activa, lo que hace a Managua un sector muy crítico en cuanto incide en términos de la incidencia de la delincuencia.

Existen grandes diferencias en el acceso al agua potable en tuberías y la disposición de excretas. La disponibilidad de una llave de agua dentro de la casa es de 94.5% en las viviendas en el estrato urbano, versus 47.7% en el estrato rural; el 53.4% de las viviendas urbanas tienen inodoro, mientras en las zonas rurales sólo se cuenta con el servicio en 2.9% de las viviendas. Casi el 30% de las viviendas rurales carece de sistema de disposición de excretas.

Las principales agravantes para la salud pública en Managua son: deterioro de las condiciones higiénicas - sanitarias, incremento de la pobreza y deterioro de la calidad de vida, incremento de drogadicción, alcoholismo y muerte por causas violentas, bajo nivel de educación sanitaria de la población, y finalmente, la existencia de una zona costera del lago de Managua, que influye en la proliferación de enfermedades de transmisión vectorial.⁶⁰

e) *SILAIS Masaya*

El departamento de Masaya está ubicado al sur del departamento de Managua, está conformado por los municipios de Masaya (cabecera departamental), Nindirí, Tisma, Masatepe, Nandasmo, Catarina, San Juan de Oriente, Niquinohomo y La Concepción. Este último, no forma parte administrativa del SILAIS Masaya, ya que por razones históricas y de acceso, es atendido por el SILAIS Carazo.

Este departamento limita al norte y al oeste con Managua, al Sur con Carazo, y al este con el departamento de Granada. La principal actividad económica de su población es la comercial, teniendo un importante flujo migratorio diurno hacia la capital, Managua. Dada la cercanía de la capital, algunos municipios del departamento son considerados prácticamente como «ciudades dormitorio». El 56.6% de la población es urbana. Un estudio de pobreza urbana realizado entre mayo y junio de 1994, informó que el 86% de la población de la ciudad de Masaya presenta algún nivel de pobreza.

4. Eficiencia social

a) *Participación en la gestión*

En todos los SILAIS estudiados funcionan los consejos departamentales de SILAIS, los consejos municipales y las juntas directivas de los hospitales departamentales o nacionales. El grado de participación varía de un SILAIS a otro, y depende de la capacidad de los directores de convocar, en cada uno de los espacios de su responsabilidad (SILAIS, centro de salud u hospital), tanto a las autoridades municipales, como a las delegaciones de las instituciones y principales empresas de la localidad.

Los consejos funcionan como instancias de coordinación. En éstas, el MINSA busca recursos adicionales y apoyo logístico para las jornadas de vacunación y limpieza. Además, en algunos casos las juntas hospitalarias o los consejos de SILAIS han demandado cambios en la dirección del centro o han expresado su desacuerdo con algunas disposiciones del MINSA. El caso más relevante es el del Consejo del SILAIS de Estelí que ha expresado públicamente su desacuerdo sobre los resultados finales de la construcción y equipamiento de un hospital regional de sustitución al existente, así como de medidas tomadas por los constructores que afectarían el medio ambiente. Sin embargo, las políticas institucionales, el proceso de formulación del plan y el presupuesto y las principales decisiones, corresponden a los funcionarios del MINSA.

Los entrevistados han manifestado que el proceso de descentralización por medio de los SILAIS no ha significado cambios en las formas de gestión institucional. En los casos estudiados, los municipios no han asumido responsabilidades particulares, dada su escasa disponibilidad de recursos humanos y financieros.

b) Satisfacción de los usuarios

Para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud utilizó, además de las entrevistas, los resultados de la encuesta de 1993 (Nivel de Vida) y 1996 (BID, Demanda de Servicios de Salud). El cuadro 14 muestra que entre 1993 y 1996, la proporción de personas que opinan que no asisten a los centros de atención ambulatoria por su mala calidad de la atención, se ha incrementado levemente. Esto puede interpretarse como que a escala global no ha ocurrido un cambio en la percepción de la población sobre la calidad de la atención.

Cuadro 14
PORCENTAJE DE ENFERMOS QUE NO ASISTIERON A LOS CENTROS DE
ATENCIÓN AMBULATORIA POR CONSIDERAR DE MALA CALIDAD LA
ATENCIÓN

Año	% Urbano	% Rural	% Nacional
1993	3.9	4.1	4.0
1996	4.1	5.0	4.6

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de los datos de las encuestas de Nivel de Vida (INEC: 1993) y Demanda de Servicios de Salud (BID: 1996).

En 1993, el 19.1% de los enfermos entrevistados buscó atención ambulatoria en hospitales públicos; el 48.8% en los centros de salud y el 14.1% en consultorios privados. En 1996, el 10.7% de los enfermos entrevistados buscó atención ambulatoria en hospitales públicos; el 47.9% en los centros de salud y el 20.4% en consultorios privados.

De acuerdo con la encuesta de 1996, el 39.8% de los consultados indica que en el centro no había ninguno de los medicamentos que se les había sido recetado y que al 15% de los pacientes no se les efectuaron los exámenes de laboratorio indicados en la consulta por falta de insumos.

Según el cuadro 15, la principal razón para regresar al servicio de salud de los consultorios privados fue la satisfacción del paciente (49.5%), y la idea que este recurso es el mejor (20.1%). Respecto a los centros y puestos de salud, la cercanía fue el elemento determinante para desear acceder a su servicio, 62.2% y 67.3%, respectivamente. A estos datos hay que agregar el hecho de que el 7.3% de los pacientes que demandaron atención ambulatoria en los centros de salud y el 8.9% que solicitaron asistencia en los puestos de salud fueron rechazados, contra un rechazo del 1.7% en los consultorios privados.

Cuadro 15
**RAZÓN POR LA QUE VOLVERÍA AL MISMO SERVICIO DE ATENCIÓN
 CURATIVA AMBULATORIA**
 (Porcentajes)

	Hospital %	Centro de Salud %	Puesto de Salud %	Médico Privado %
Es el mejor	11.2	3.8	0.9	20.1
Salió satisfecho	19.3	7.7	8.5	49.5
No hay otro	19.3	17.1	18.8	1.6
Es el más barato	3.1	3.9	1.8	3.7
Es el más cercano	32.7	62.2	67.3	10.6
Otros	14.4	5.3	2.7	14.5

Fuentes: Elaboración propia sobre la base de los datos de la encuesta de Demanda de Servicios de Salud (BID: 1996).

5. Eficiencia técnica

a) Producción de servicios

Para evaluar los efectos de la descentralización en la producción de servicios, se seleccionó una serie de variables e indicadores de servicios prestados por los SILAIS durante el período 1992 a 1995, y se comparó su evolución con relación a la población total del departamento. Esto permite visualizar en qué dirección se han producido los cambios en la producción de los servicios.

Para este análisis, se tomaron como base las siguientes variables: número total de consultas ambulatorias (primer y segundo nivel); número total de egresos hospitalarios (hospitales de crónicos, agudos y de centros de salud con camas) y número total de exámenes de laboratorio clínico (primero y segundo nivel).

En el cuadro 16 se observa que, entre 1992 y 1995, se incrementó en 7.3% el número de consultas de primer y segundo nivel, en ese mismo lapso la población se incrementó en cerca de 9%. En cuanto a la modificación de la estructura, los SILAIS León, Managua y Masaya redujeron su participación en la distribución de este servicio a nivel nacional. Este cambio en la distribución territorial del servicio es coincidente con las modificaciones en los cambios ocurridos al nivel de recursos humanos (cuadro 21 y 22 más adelante).

Como se observa en el cuadro 17, los egresos hospitalarios en los SILAIS con mayor capacidad de resolución hospitalaria crecen en menor proporción que la media nacional. Este es el caso de las ciudades de Managua y León.

Cuadro 16
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR SILAIS SELECCIONADOS
(Miles)

	1992	%	1995	%	Variación %
RASS	118.7	2.2	156	2.6	0.5
León	563.1	10.2	575.0	9.7	-0.5
Estelí	193.6	3.5	230.9	3.9	0.4
Managua	1,731.6	31.5	1,773.3	30.0	-1.4
Masaya	241.0	4.4	238.9	4.0	-0.3
País	5,499.4		5,903.0		7.3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos proporcionados por la Dirección de Sistemas de Información del MINSA. Entrevistas a los SILAIS.

Cuadro 17
NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SILAIS SELECCIONADOS

SILAIS	1992 Miles de Egresos	1992 Egresos Per cápita	1995 Miles de Egresos	1995 Egresos per cápita	Porcentaje Variación per cápita 1995/1992
RASS	5	2.5	6	2.7	10
León	25	8.3	23	7.0	(16)
Estelí	12	7.8	14	8.3	6
Managua	75	7.8	86	8.1	5
Masaya	11	5.1	15	6.4	25
Total País	241	6.4	279	6.7	6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos proporcionados por la Dirección de Sistemas de Información del MINSA. Entrevistas a los SILAIS.

Desde el punto de vista de la equidad, el SILAIS con menor proporción de pobres extremos incrementó su actividad hospitalaria en un 25%, mientras que León, en la segunda posición de pobreza extrema, descendió en 16% la cantidad de egresos.

En el cuadro 18, se observa que la RAAS, que es el SILAIS con mayor incidencia de la pobreza, se redujo el número de exámenes de laboratorio en 10%. A su vez, Estelí, con un nivel de pobreza extrema menor que la media nacional, casi duplicó la producción de exámenes. El resto de los SILAIS se ubicaron cerca de la media nacional.

Cuadro 18
NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR SILAIS SELECCIONADOS

SILAIS	1992 Miles de Exámenes	1992 Exámenes P.Capita	1995 Miles de Exámenes	1995 Exámenes P.Capita	Porcentaje Variación P.Capita 1995/1992
RASS	150	0.7	135	0.6	-10
León	487	1.6	654	2.0	40
Estelí	134	0.9	210	1.2	30
Managua	1,273	1.3	1,738	1.6	30
Masaya	166	0.7	235	1.0	30
Total País	3,589	0.9	4,917	1.2	30

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por la Dirección de Sistemas de Información del MINSA.

b) Estado de salud de la población

El estado de salud de una población no se modifica en cortos períodos de tiempo, sino que es una resultante de la interacción de una serie de fenómenos de orden biológico, psíquico, medio-ambiental, económico y socio-cultural. Así, los datos obtenidos para los años 1992 y 1996 sobre mortalidad y morbilidad no muestran cambios significativos.

Las principales causas de enfermedad y muerte en Nicaragua son de origen infeccioso. La enfermedad diarreica aguda, la respiratoria aguda, la malaria y el cólera son las principales causas de muerte. A esto hay que agregar el hecho de que existe una parte de la población que envejece y que comienza a modificar las tasas de cáncer, enfermedades cardio vasculares, hipertensión, diabetes mellitus etc. Nicaragua, se encuentra en una etapa de transición epidemiológica. Junto a las enfermedades propias del sub-desarrollo y la pobreza, co-existen enfermedades frecuentes en países con mayores niveles de desarrollo económico y que son difíciles de tratar, además de ser altamente costosas.

6. Equidad

a) La distribución del presupuesto

El MINSA en su nivel central no tiene registros detallados del monto ejecutado de su presupuesto para 1992 y 1996. A escala local la información es parcial pero fue útil para completar la información. En el cuadro 19 se presentan los valores correspondientes a la ejecución presupuestaria del rubro descentralizado del presupuesto por SILAIS seleccionado, hospitales de referencia nacional (todos ubicados en Managua) y el país.

En 1996, el presupuesto ejecutado en el rubro de bienes y servicios fue 27% menor que el ejecutado en 1994. Managua, Estelí y la RAAS, junto con los hospitales de referencia nacional son los más afectados por esa reducción. Al nivel de destino de los

fondos presupuestarios, salvo Estelí y León, el resto de los SILAIS incrementaron los montos a disposición de la Coordinación de SILAIS. Llama la atención que las variaciones negativas más importantes en el per cápita se dan en las asignaciones presupuestarias del primer nivel de atención.

Cuadro 19
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL RUBRO DESCENTRALIZADO BIENES Y
SERVICIOS POR SILAIS SELECCIONADOS. VALORES PER CÁPITA Y
VARIACIONES, 1994 Y 1996
(Dólares)

SILAIS	Ejecución 1994 Miles de dólares	P.Capita 1994 dólares	Ejecución 1996 Miles de dólares	P.Capita 1996 dólares	Variación dólares P.Capita 1996/1994 %
ESTELI	581.5	3.5	436.7	2.5	-29
Primer nivel	188.1	1.1	110.7	0.6	-45
Segundo nivel	349.0	2.1	290.7	1.7	-22
Coordinación	44.4	0.3	35.3	0.2	-25
LEON	1,298.6	4.1	1,106.9	3.3	-20
Primer nivel	451.2	1.4	341.8	1.0	-29
Segundo nivel	737.0	2.3	609.9	1.8	-22
Coordinación	110.4	0.3	155.2	0.5	32
MANAGUA	1,870.5	1.8	1,340.6	1.2	-33
Primer nivel	1,653.1	1.6	811.1	0.7	-54
Coordinación	217.4	0.2	529.6	0.5	129
MASAYA	499.3	2.2	461.7	1.9	-13
Primer nivel	131.4	0.6	78.6	0.3	-44
Segundo nivel	333.3	1.5	305.2	1.3	-14
Coordinación	34.6	0.2	77.9	0.3	112
RAAS	524.6	2.4	429.8	1.9	-23
Primer nivel	190.2	0.9	86.0	0.4	-57
Segundo nivel	295.0	1.4	278.5	1.2	-11
Coordinación	39.4	0.2	65.2	0.3	56
Hospitales y centros nacionales	6,801.1	1.6	4,783.8	1.1	-30
Total país	15,700.0	3.7	11,400.0	2.7	-27

*/ Los valores per cápita se obtuvieron con relación a la población de cada SILAIS, salvo en los casos de los Hospitales Nacionales y el País en los que se utilizó la población nacional.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los datos proporcionados por la Dirección Económica del MINSA.

b) *Políticas de cobro (copago)*

Los Servicios de Salud del MINSA están obteniendo fondos adicionales por medio de la venta de servicios; los entrevistados plantean que esta es una medida para hacer frente a la reducción de los recursos presupuestarios. En el cuadro 20 se muestran los resultados obtenidos a partir del estudio de campo, respecto a los fondos que se obtienen a través de la venta de servicios de salud.

Cuadro 20
INGRESOS NO PRESUPUESTARIOS POR COBRO DE SERVICIOS POR SILAIS
SELECCIONADOS, 1995
(Miles de dólares)

SILAIS	I Nivel	II Nivel	Total
RASS	nd	nd	nd
León	78.6	366.6	445.8
Estelí	nd	153.9	153.9
Managua	117.4	24.4	141.8 */
Masaya	54.2	144.5	198.8
Total País	595.5	2,280.2	2,875.8

*/ No incluye los hospitales y centros de referencia nacional

Fuente: elaboración propia, sobre la base de visitas de campo y estimados de la Dirección Económica del MINSA.

Se estima que las cifras señaladas representan un porcentaje bajo de las recaudaciones que efectivamente se hacen. A escala hospitalaria, el origen de estas recaudaciones son varias:

- Venta de servicios de pensionado (hotelería) en hospitales.
- Venta de servicios médicos hospitalarios "diferenciados" a Empresas Médicas Previsionales del Seguro Social.
- Venta de servicios de laboratorio y odontología en los centros de salud.
- Venta de medicamentos en farmacias hospitalarias dirigidas a la población en general.
- Venta de servicios varios (cafetería y otros).

Con excepción de la venta de servicios odontológicos y de laboratorio en los centros de salud, los pacientes de los servicios públicos no deben pagar por la atención médica, los exámenes y los medicamentos. Sin embargo, dada la escasez de recursos, es frecuente que los pacientes no reciban todos los servicios. Dados los problemas de abastecimiento de insumos, los hospitales tratan de mantener reservas para hacer frente a las emergencias. En ocasiones no hay insumos para las intervenciones quirúrgicas programadas, por lo que se recurre a los pacientes o sus parientes para la obtención de insumos básicos como guantes, hilo quirúrgico, anestésicos etc.

Se ha estimado⁶¹ que más del 70% de las personas internadas en los hospitales públicos de Managua, gastaron entre \$50 y \$25 dólares por egreso. El mayor peso del gasto lo representa el pago directo por internamiento (56.1%) y la adquisición de medicamentos

comprados fuera de la institución (20.9%). Los casos de pacientes sin recursos son atendidos por la trabajadora social, la que de acuerdo con su criterio (no existen parámetros medibles) determina si el paciente queda exento de pago.

c) *La distribución de recursos humanos*

Entre 1992 y 1994, los recursos humanos totales del MINSA han crecido en 4,351 trabajadores. En el cuadro 21 se observa la distribución de estos recursos en los SILAIS seleccionados y su distribución. Al nivel del país el número total de trabajadores del MINSA creció en un 20.8% en forma no homogénea. En los SILAIS estudiados, Managua descendió 3.1% y León 0.3% y Masaya incrementó su participación en forma más importante que la RASS. De acuerdo con los resultados de las entrevistas, durante los años estudiados se estimuló el traslado de personal de Managua hacia los SILAIS, sobre todo en el ámbito del personal administrativo.

Cuadro 21
NÚMERO DE TRABAJADORES DEL MINSA Y PORCENTAJE RESPECTO AL
TOTAL NACIONAL. POR SILAIS SELECCIONADOS, 1992 Y 1996

SILAIS	1992	%	1996	%	Variación de participación
RASS	522	2.6	686	2.8	0.2
León	1,943	9.7	2,276	9.4	-0.3
Estelí	855	4.3	1,037	4.3	0.0
Managua	6,975	34.7	7,667	31.6	-3.1
Masaya	648	3.2	838	3.5	0.3
Total País	20,111	100.0	24,288	100.0	--

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Ministerio de Salud. Dirección General de Recursos Humanos.

El cuadro 22 refleja, en términos presupuestales, la redistribución de personal entre 1992 y 1996. Los SILAIS Managua y León disminuyeron el monto de ejecución presupuestaria en personal entre 1992 y 1996. La mayor parte del personal que se redistribuye a escala nacional fue administrativo y personal joven de salud que encuentra mayores posibilidades de trabajo alternativo en sus lugares de origen.

En el cuadro 23 se muestra la distribución de los recursos humanos propios de la salud para los SILAIS seleccionados. Dado que para 1992 no existen registros de la distribución departamental de recursos humanos por especialidad, solo se presentan los datos correspondientes a 1995.

Los SILAIS que concentran mayores recursos humanos de salud por diez mil habitantes son Managua y León, sedes de las escuelas estatales de medicina y donde se concentra el mayor número de especialistas. Es preciso indicar que en Managua se encuentran todos los hospitales de referencia nacional.

Cuadro 22
PRESUPUESTO DEL RUBRO SERVICIOS PERSONALES DEL MINSA Y
PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL NACIONAL
(Millones de dólares)

SILAIS	1992 US\$	%	1996 US\$	%	Variación del %
RASS	0.81	2.4	0.72	2.7	0.3
León	3.00	9.0	2.34	8.8	-0.2
Estelí	1.32	4.0	1.11	4.2	0.2
Managua	10.27	30.8	7.32	27.6	-3.2
Masaya	0.96	2.9	0.85	3.2	0.3
Total País	33.30	100.0	26.50	100.0	

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de los datos proporcionados por el Ministerio de Salud. Dirección General de Recursos Humanos.

Cuadro 23
PERSONAL DE SALUD DEL MINSA POR SILAIS SELECCIONADOS, 1995

SILAIS	Médicos X 10,000 hab	Enfermeras X 10,000 hab.	Auxiliares de Enfermería X 10,000 hab.
RASS	2.3	2.2	6.9
León	12.3	9.9	10.5
Estelí	8.5	5.8	10.8
Managua	9.6	7.7	13.7
Masaya	5.5	5.0	5.3

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Ministerio de Salud. Información Básica Red de Servicios de Salud por Silais.

d) *La distribución de medicamentos*

Los SILAIS que más insumos médicos consumen son aquellos que concentran un mayor número de médicos y odontólogos, en este caso Managua y León, por ser los únicos autorizados para prescribir medicamentos y exámenes de laboratorio. En el cuadro 24 se muestra la ejecución presupuestaria de 1993 y 1995. Las variaciones positivas corresponden a los SILAIS con menores problemas de pobreza extrema y con mayores recursos de salud. Esta situación se da por el hecho de que en los últimos cuatro años se han creado, en la ciudad de Managua, centros especializados de tercer nivel de atención muy costosos de operar.

Cuadro 24
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS INSUMOS DE SALUD DEL MINSA
POR SILAIS SELECCIONADOS, 1993-1995
(Millones de dólares)

SILAIS	1993 US\$	%	1995 US\$	%	Variación del %
RASS	0.3	2.9	0.3	2.2	-0.7
León	1.2	10.2	1.4	10.8	0.5
Estelí	0.6	5.1	0.6	4.6	-0.5
Managua	4.2	37.2	5.7	44.3	7.1
Masaya	0.5	4.0	0.8	6.1	2.1
Total País	11.4		12.9		13.1

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Ministerio de Salud. Centro de Insumos para la Salud del MINSA.

V. CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud, principal administrador de los servicios públicos del sector, concibe la descentralización a partir de la organización de estructuras territoriales administradas por un equipo multidisciplinario a la cabeza del cual se encuentra un representante local del ministro de salud.

Como es de esperarse, las estructuras organizativas que se han adoptado en las últimas dos décadas reflejan la forma de organización del Estado, en los años ochenta, las estructuras regionales, y en los noventa las delegaciones departamentales. En ambos casos, estas estructuras fueron organizadas por medio de resoluciones ministeriales del MINSA, sin el apoyo de una ley creadora emitida por el Poder Legislativo.

La descentralización en salud, entendida como la transferencia de servicios y recursos necesarios para su operación, al poder local, no se ha dado en Nicaragua. El proceso se ha caracterizado por la delegación de responsabilidades en administradores locales que tienen alguna libertad de gestión con niveles de autonomía fijados centralmente y no por el poder local. Tampoco ha logrado involucrar a instancias de participación social en la gestión efectiva de los recursos de los SILAIS o las unidades hospitalarias.

Los niveles de autonomía en el manejo de los recursos presupuestarios a nivel territorial son muy bajos, y alcanzan solo al 19% del mercado. Los recursos más importantes para el funcionamiento de los servicios públicos, como son los recursos humanos y los suministros, son de decisión del nivel central.

En la actualidad, las administraciones locales de los servicios públicos de salud recaen en los SILAIS (Sistemas Locales Integrados de Salud), cuya función principal es coordinar las acciones de los servicios de salud en su respectivo nivel.

A pesar de que uno de los objetivos centrales para la creación de estas estructuras es la integración de los servicios de salud en su nivel, en la práctica se limitan a las estructuras del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Los hospitales funcionan con escasa autonomía de las estructuras locales. Esto se debe principalmente al hecho de que los directores hospitalarios son nombrados, al igual que los directores de SILAIS, por el Ministro de Salud.

En vista de lo anteriormente señalado, el proceso de descentralización de los servicios públicos de salud en Nicaragua se ha limitado a la desconcentración, de la administración de los servicios a nivel territorial.

1. La eficiencia social

Para evaluar la eficiencia social se tomaron como base las formas de participación en la gestión de salud de la población, y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios.

El MINSA concibe la participación social como indispensable para el desarrollo de las acciones de salud en la comunidad. Sin embargo, para muchos de los funcionarios entrevistados existe la idea de que la participación local es sinónimo de optimización de recursos y de democratización en la gestión. Esta idea se fortalece frente a la crisis de financiamiento del sistema y del deterioro de la situación de la salud. Está implícita la idea que la única vía para aumentar la cobertura de los servicios es el reclutamiento de la población para ejecutar acciones de baja complejidad y gran impacto.

Sin embargo, la participación de la población respecto de la gestión de la salud, la elaboración de políticas, y la planificación, evaluación y control de los proyectos, se circunscribe a la discusión de las alternativas que plantean los dirigentes de la institución.

Las entrevistas locales realizadas en el marco del presente estudio, muestran que la dinámica de las diferentes formas de participación local difiere en cada territorio o unidad hospitalaria, dependiendo de tres factores: la representatividad social de los integrantes de los consejos de SILAIS o juntas hospitalarias, el grado de dependencia de la unidad de los recursos adicionales proporcionados por estas estructuras, y la actitud de los directores.

Por otra parte, en los últimos años no se han presentado cambios significativos en cuanto a la percepción que tiene la población de la calidad de los servicios de salud. En términos generales, estos son calificados negativamente. La falta de medicamentos y reactivos de laboratorio es un factor importante en esta percepción.

En general los pacientes acuden a los centros y puestos de salud por razones de accesibilidad geográfica. Por otra parte, el hecho que cerca del 9% de los pacientes sea rechazado en los puestos de salud, es un indicador preocupante de la calidad de los servicios.

2. Eficiencia técnica

Con la eficiencia técnica se evaluó el comportamiento de los indicadores de producción de los servicios y los indicadores que muestran el estado de la salud. En términos generales, la producción de servicios de la salud se ha estancado o no ha crecido al ritmo de la población. Esto significa que la población recibe menos servicios per cápita en la medida en que pasa el tiempo. Los SILAIS de Managua y León, que tradicionalmente han concentrado los recursos humanos más calificados y la tecnología más desarrollada, han variado negativamente su participación porcentual en las consultas de primer y segundo nivel. Es importante hacer notar que los egresos hospitalarios de estos SILAIS crecen menos que la media nacional entre 1992 y 1996.

Los datos obtenidos para 1992 y 1996, tanto a nivel nacional como en el estudio de los SILAIS seleccionados, no muestran cambios significativos en el comportamiento y la distribución en la población de la mortalidad y morbilidad.

3. Equidad

Para evaluar la equidad se tomó en cuenta la distribución de recursos humanos, insumos y financieros; los costos de la atención y las formas de financiamiento y las políticas de cobro (copago). Hasta ahora, la proporción del presupuesto que ha sido desconcentrado equivale aproximadamente al 19% y corresponde al rubro de bienes y servicios. Los rubros más importantes, tanto desde un punto de vista del impacto en las políticas de salud como por la magnitud de los recursos -insumos médicos y los recursos humanos-, continúan centralizados. Por otra parte, el estudio muestra que los cambios en la distribución departamental de los recursos humanos es coherente con una política de fortalecimiento del nivel local.

Entre 1994 y 1996, el rubro presupuestario de bienes y servicios se redujo en 27%. Los SILAIS más afectados fueron Managua, Estelí y la RASS. No hay una relación lógica entre estos SILAIS que nos indique algún tipo de política redistributiva explícita.

La política de cobro de servicios (copago) por parte del MINSA compensa, de cierta forma, el déficit presupuestario y puede explicar el hecho de que la producción de servicios no se haya deteriorado al ritmo de la reducción de los recursos presupuestarios, y que incluso se haya incrementado en ciertos casos.

La discrecionalidad en el uso de los fondos puede ser fuente de problemas de orden administrativo y legal en el futuro. En algunos casos, los directores de hospital o SILAIS, involucran a los consejos de dirección de su nivel en las decisiones sobre el uso de los fondos.

A pesar de los intentos en la asignación más equitativa de los recursos presupuestarios, las rigideces producidas por las demandas de recursos corrientes de una infraestructura que no admite modificaciones y la concentración de recursos de inversión en centros de alta tecnología en los últimos años, han comprometido en logros en materia de equidad.

4. Algunas reflexiones finales

Las políticas de salud se enmarca en un contexto de una severa situación de pobreza. Dado que las enfermedades infecciosas y parasitarias se concentran en los estratos más pobres y esta situación es de origen multicausal (condiciones higiénicas deficientes, analfabetismo, hacinamiento, falta de agua potable, ingreso insuficiente para adquirir la canasta básica, etc), las acciones dirigidas hacia su contención y disminución deben ser de carácter multisectorial. Por tanto, es importante pensar en el desarrollo local de una manera integral. El fortalecimiento municipal y la descentralización de servicios y recursos hacia estas

estructuras son fundamentales para las acciones coordinadas y la participación democrática de la población en la solución de los problemas de salud.

Es fundamental desarrollar formas de financiamiento para garantizar que toda la población acceda a un paquete mínimo de prestaciones de salud, así como el desarrollo de iniciativas que aproximen, de alguna forma, los servicios a la población. Uno de los instrumentos que se puede poner en marcha es la definición de una canasta básica de atención de salud, dirigido a garantizar a todas personas un nivel básico de atención con los diversos grados de riesgo, atendiendo a la disponibilidad de recursos.

Esta canasta debería incluir entre sus componentes básicos, el incremento en la captación de las embarazadas desde el primer trimestre de embarazo, tomando en cuenta el hecho de las dificultades de acceso de la población rural a los servicios. Así mismo, es necesario incrementar las coberturas de vacunación de la población en situación de extrema pobreza, sobre todo en las zonas rurales.

Es fundamental la elaboración de una política nacional de medicamentos que tenga como eje el incremento de su disponibilidad entre la población más pobre. En este marco, es importante reducir la automedicación y el uso indiscriminado de antibióticos, estableciendo normas de comportamiento de las farmacias en cuanto al expendio de medicamentos sin receta médica con el objetivo de incrementar el uso adecuado de los mismos.

Es necesario crear un sistema de financiamiento complementario (podría ser un fondo especial) para cubrir las prestaciones de salud de los estratos más pobres. En este marco, se debe reducir el subsidio en salud que de forma indirecta reciben los no pobres a través de la gratuidad de la asistencia en salud y los medicamentos, y focalizado en la población más pobre.

Por otra parte es importante diseñar políticas tendientes a aumentar la cobertura del Seguro Social, sobre todo en las ramas de maternidad y enfermedad, en especial entre los trabajadores por cuenta propia.

Finalmente, es necesario articular el desarrollo de la actividad empresarial privada y la práctica liberal en la prestación de servicios de salud con las políticas nacionales, de tal manera que se complementen los esfuerzos y se aprovechen mejor los recursos globales de la economía nacional.

NOTAS

1. Esta sección y la siguiente fueron elaboradas en conjunto con la Licenciada Melba Castillo.
2. Banco Interamericano de Desarrollo (1996).
3. Franco, Rolando (1996).
4. Osborne, D. & Gaebler T. (1995).
5. Idem, Franco, Rolando.

6. Dumazert, Patrick (1996).
7. Baldizón Yader (1994).
8. Banco Central de Nicaragua (1995).
9. Idem. Baldizón, Y.
10. Ortega, Manuel (1995),
11. Idem. Baldizón, Y.
12. Wordl Bank, Republic of Nicaragua.
13. Idem. BCN. Informe.
14. Idem, Banco Mundial Republic of Nicaragua.
15. La esperanza de vida al nacer representa la duración media de la vida de los individuos sometidos a la mortalidad de una tabla de hacinamiento.
16. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1992).
17. Tasa de natalidad general es la cantidad de nacimientos anuales por cada mil habitantes.
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1992).
19. Existe un altísimo subregistro de defunciones por lo que los datos sobre mortalidad deben tomarse con mucha reserva.
20. Entre 1987 y 1989, se descentralizó la administración presupuestaria de todos los recursos de las Regiones II (Chinandenga y León), III (Managua), y IV (Masaya, Granada, Carazo y Rivas); el resto lo manejaba el nivel central. En estas regiones se concentra la mayoría de los recursos del sector salud del país junto con los hospitales de referencia nacional, los principales centros de salud, las unidades formadoras de recursos humanos para salud, etc.
21. Ministerio de Salud (1991).
22. Ver la introducción y el capítulo dedicado al desarrollo institucional de los planes de salud de 1987 y el Plan de Salud Triannual 1988-1990.
23. Ministerio de Salud (1987).
24. Idem. MINSA. Plan Maestro de Salud.
25. Zapata, J., Watson, G. y otros (1991).
26. Resolución Ministerial No. 100 del 30 de Abril de 1992.
27. El primero, brindado en todas las unidades por personal auxiliar, técnico y profesional así como en el seno de la comunidad y familias realizado por sus propios integrantes; orientado a la solución de los principales problemas y necesidades de salud presentes en ese ámbito. El segundo, que se presta en las unidades del sistema de salud y está dirigido a complementar la atención del primer nivel de acuerdo con la capacidad del personal profesional especializado y la tecnología disponible.
28. Banco Mundial/MINSA (1996).
29. Medios de diagnóstico, prótesis, óptica y odontología.
30. Incluye el gasto público y el privado.
31. Cada receta equivale a un medicamento.
32. Ministerio de Salud (1996).
33. Espinosa, J. (1993a).
34. En los últimos años se ha desarrollado una serie de iniciativas en torno a la atención de la mujer, dando origen a organismos no gubernamentales y otras formas de

- organización. Por otra parte, se ha abierto un sin número importante de clínicas privadas que prestan atención.
35. MSH/MINSA/BID (1996).
 36. Idem, MSH/MINSA/BID.
 37. Generalmente ligados a actividades de promoción política.
 38. En este rubro se incluye: agua, energía eléctrica, teléfono, viáticos para viajes internos, reparaciones menores de equipos de oficina y transporte, alimentos, papelería, combustibles y lubricantes, material fungible de oficina, subsidios de transporte y comedor de personal, textiles, llantas y neumáticos, oxígeno, publicidad y propaganda para las jornadas de vacunación.
 39. Idem. MSH/MINSA/BID.
 40. MINSA/OPS/OMS/FNUAP/UNICEF (1995).
 41. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1993).
 42. Bisang, R. (1991).
 43. Espinosa, J. (1993b).
 44. Vásquez, J. (1996a).
 45. Vásquez, J. (1996b).
 46. Espinosa, J. (1996).
 47. OPS (1994).
 48. En estos acuerdos el centro de salud se comprometía a brindar la atención médica necesaria y garantizar los medicamentos a cambio de los recursos monetarios necesarios para la adquisición y/o contratación de estos recursos.
 49. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (1993).
 50. Existen dos regímenes de seguridad social en Nicaragua, para cada uno se establece una tasa de contratación propia. El IVA (invalidéz, vejez y muerte), es el régimen básico, ya que cubre prestaciones por accidentes laborales, jubilación, viudez y orfandad. El segundo régimen (enfermedad y maternidad) corresponde a la cobertura de los cotizantes y sus hijos menores de seis años por enfermedad y a la cónyuge por maternidad.
 51. Estas regiones concentran la mayor parte de la jubilación urbana del país. En ellas se encuentran las ciudades más grandes como Managua, León, Granda, Chinandega, Jinotepe, Diriamba y Rivas.
 52. MINSA. Plan de Salud 1987 y Plan de Salud 1988-1990. Managua.
 53. Los planes de conversión ocupacional ofrecían beneficios económicos adicionales a los que se tiene derecho legalmente, a cambio de renunciar al puesto y comprometerse por escrito a no solicitar trabajo en el Estado por un período de dos años.
 54. MINSA/OPS (1993).
 55. Hospitales de referencia nacional.
 56. En el proyecto original de descentralización, la dirección económica del MINSA planteaba que al finalizar el proceso de descentralización los SILAIS manejarían el 65% del presupuesto.
 57. El FAGO es un adelanto de recursos presupuestarios del rubro de bienes y servicios, para el pago de alimento, viáticos, combustible y reparaciones menores. Esto permite evitar el retraso en el pago a los proveedores y agilizar la gestión.

- 58. Se parte del supuesto que el MINSA tiene la responsabilidad de atender a todo el país.
- 59. En esta modalidad, los estudiantes reciben los materiales y ejercicios que deben desarrollar en cada módulo. Cada dos semanas se reúnen por tres días (viernes, sábado y domingo) con los profesores de los módulos para recibir las clases correspondientes y revisar los ejercicios. Esto permite que el personal con responsabilidades administrativas pueda recibir la formación.
- 60. Malaria, Dengue, Chagas, etc.
- 61. MSH/MINSA/BID (1996).

BIBLIOGRAFIA

- Baldizón Yader (1994), *Descentralización Fiscal en Nicaragua*, Serie Política Fiscal N° 63. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) Santiago de Chile.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1996), Nicaragua, *Datos Básicos Socioeconómicos. Estadísticas y Análisis Cuantitativo*, Departamento de Integración y Programas Regionales.
- Banco Central de Nicaragua. *Informe Anual*. Managua, 1995.
- Banco Mundial/MINSA (1996), *Memoria 1994-1996 del Proyecto de Modernización del Sector Salud Nicaragüense*.
- Bisang, R. (1991), *El mercado Privado de los Medicamentos en Nicaragua*, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Mimeografiado, Managua, Nicaragua.
- Dumazert, P. (1996), *Oportunidades y limitaciones de la política fiscal: Notas de un marco conceptual para el debate*, NITLAPAN-UCA. (en prensa).
- Espinosa J. (1993a), *Gasto Nacional en Salud. 1980-1992*, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Mimeografiado, Managua, Nicaragua.
- (1993b), *Política general de alternativas de financiamiento para el desarrollo de los servicios de salud (propuesta de la discusión)*. OPS/OMS/ Ministerio de Salud, Managua.
- Espinosa, J. (1996), *Pobreza y Salud en Nicaragua*. CRIES/NITLAPAN - UCA Managua.
- Franco, R. (1996), *Los paradigmas de la política social en América Latina*, en Revista CEPAL N° 58, Santiago de Chile.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (1993), *Estudio Financiero-Actuarial del Régimen de Seguro de Enfermedad y Maternidad*. Managua, Mimeo.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1992), *Estimaciones de Población al 30 de junio*, Mimeografiado, Managua, Nicaragua.
- Ministerio de Salud (1991), *Marco Conceptual: Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud*, MINSA, Managua, Julio.
- (1996), *Estadísticas de Producción de Servicios 1990-1995*. Managua.
- MSH/MINSA/BID (1996), *Estudio de la Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua*, Managua.
- MSH/MINSA/BID. Estudio de la Demanda de Servicios.
- MINSA/OPS/OMS/FNUAP/UNICEF (1995), *Proyecto de desarrollo de los SILAIS de Chinandega, Estelí, León, Madriz, Nueva Segovia y RASS. PROSILAIS*. Managua.
- MINSA/OPS (1993), *Programa de descentralización presupuestaria*.
- OPS (1994), *Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa*. Proyecto de Economía y Financiamiento de la Salud, Programa Políticas de Salud, División Salud y Desarrollo. Washington.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1993), *Gasto Nacional en Salud. Resumen y Proyecciones 1980-2000*, Mimeografiado, Managua, Nicaragua.
- Ortega, Manuel (1995), *El modelo de financiamiento municipal en Nicaragua: Equidad en los Impuestos transferidos y cobro de los servicios municipales*, en Baldizón Y., **Modelo de financiamiento y tributación municipal en Nicaragua**. Serie: Descentralización y Desarrollo Municipal N° 14, Fundación Friedrich Ebert. Managua. Nicaragua.
- Osborne, D. & Gaebler T. (1995), *La Reinención del Gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*, Madrid, Ediciones Paidós Ibérica.
- Vásquez, J. (1996a), *Estimación de los costos de funcionamiento, consulta externa diferenciada, Hospital Manolo Morales*, Proyecto MINSA-BID, Componente III. Sub-componente, Alternativas de Financiamiento. Managua.
- Vásquez, J. (1996b), *Análisis de precios de servicios de salud en instituciones privadas y el MINSA*. Proyecto MINSA-BID, Componente III. Sub-componente, Alternativas de Financiamiento. Managua.
- World Bank, Republic of Nicaragua. *Poverty Assessment*. Volume I. Main Report. Document of the World Bank. Report N° 14038-NI.
- Zapata, J., Watson, G. y otros (1991), *Propuesta para la implantación y desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud*, Ministerio de Salud, OPS/OMS. Managua, Nicaragua (CIES. MINSA-0104-035-1991).

ANEXO 1

Variables e indicadores para la construcción del índice agregado para la corrección de las asignaciones presupuestarias de Bienes y Servicios en el Primer Nivel de Atención

Grupo	Indicador
Estado de Salud	Número de niños desnutridos menores de 5 años detectados en la primera consulta de crecimiento y desarrollo, entre el total de niños que asisten a la consulta, por SILAIS. Los índices resultantes se dividen entre el índice Nacional obteniendo de esta forma, el índice del Estado de Salud por SILAIS. Ejemplo: En Estelí asistieron 18,359 niños menores de 5 años a la consulta de crecimiento y desarrollo. De estos se detectaron 2,145 niños desnutridos. El índice de desnutridos fue de: $2,145/18,359 = 0.117$ El Índice Nacional obtenido fue: $29,817 / 294,696 = 0.101$ El Índice de Estado de Salud de Estelí será: $0.117/0.101 = 1.158$
Accesibilidad	Densidad poblacional y % de ruralidad. A todos los SILAIS se les asignó un valor de 1 a este índice, salvo en los casos de la RAAS, RAAN y Río San Juan a los que por la escasa densidad poblacional se les asignó un valor de 1.3.
Características epidemiológicas	Tasas de Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedad Diarréica Aguda, Malaria, Cólera. Se calcularon las tasas por 10,000 habitantes de cada una de estas enfermedades para cada SILAIS. El Índice de Características Epidemiológicas se obtuvo del valor promedio de las tasas obtenidas de cada SILAIS.
Eficiencia en la gestión	Porcentaje de captación de embarazadas, número de controles de niño sano, y porcentaje de cobertura en la vacunación. Para elaborar este índice, primero se calcularon los índices de cobertura obtenidos en cada caso de acuerdo con lo esperado por los SILAIS, y los resultados se dividieron entre el índice nacional. Los índices parciales resultantes se sumaron para obtener el índice de eficiencia en la gestión.

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General Económica.

ANEXO 2

Variables e indicadores para la construcción del índice agregado para la corrección de las asignaciones presupuestarias en el segundo nivel de atención

El valor inverso de los días de estancia promedio	$1 / \text{promedio días estancia}$
Tasa de rotación de camas	Total egresos / Camas disponibles
% Egresos vivos	Egresos vivos / Total egresos
% Egresos quirúrgicos	Egresos quirúrgicos / total egresos
Productividad promedio por médico	Total egresos / No. Médicos
Eficiencia en uso de quirófanos	Cirugías mayores / quirófanos disponibles

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General Económica.

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).

* Para obtener ejemplares de los documentos de esta Serie, se puede escribir directamente a la División de Documentos y Publicaciones de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczynski y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).
- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).
- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).
- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. Julio de 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Graciana del Castillo. January 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma econômica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. Octubre de 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. Agosto de 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).

- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).
- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).
- 45 La reforma estructural en los sectores petrolero y eléctrico en Bolivia. Autor: Gonzalo Chávez. Septiembre de 1996, (LC/L.987).
- 46 Las dimensiones políticas institucionales de las reformas estructurales en América Latina. Autor: Juan Carlos Torres. Agosto de 1997, (LC/L.1048).
- 47 Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Autores: Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo. Noviembre de 1997, (LC/L.1071).
- 48 El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia. Autores: Fernando Ruiz-Mier y Bruno Giussani S. Noviembre de 1997. (LC/L.1072).
- 49 Características de la descentralización colombiana. Autores: Jorge Enrique Vargas González y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1073).
- 50 La descentralización de los servicios de educación en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1078).
- 51 La descentralización de los servicios de salud en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento. Noviembre de 1997, (LC/L.1079).
- 52 Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental. Autora: Sônia Miriam Draibe. Enero de 1998, (LC/L.1089).
- 53 La descentralización de los servicios de educación en Nicaragua. Autora: Melba Castillo A. Enero de 1998, (LC/L.1090).
- 54 La descentralización de la salud en Nicaragua. Autor: José Pablo Gómez M. Enero de 1998, (LC/L.1091).
- 55 Nicaragua: La descentralización de los servicios de la salud. Autor: Jaime Espinosa F. Enero de 1998, (LC/L.1092).