

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA

Jose Pablo Gómez M.

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.1091
Diciembre de 1997

Este documento fue preparado por el señor José Pablo Gómez M., 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). El autor agradece la colaboración de Andrea Monsalves en la elaboración de este documento. Las opiniones expresadas en este trabajo, 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
INTRODUCCIÓN	9
I. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD	11
1. El contexto general del proceso de descentralización de la salud	11
2. Políticas en el sector salud	14
3. El MINSA en la actualidad	24
II. AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN	27
1. Avances en la descentralización	27
2. Evaluación del desempeño	32
III. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LOS AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD	39
1. Efecto de las políticas de descentralización sectorial	39
2. La política fiscal y el proceso de descentralización fiscal	40
3. La gestión del cambio en el sector salud	40
4. Principales tensiones del modelo	41
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
1. Conclusiones generales	43
2. Líneas de acción sugeridas	45
NOTAS	46
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	51

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol 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

En 1990, el gobierno de Nicaragua se propuso impulsar una política social tendiente mejorar las condiciones de vida de los estratos más indigentes de la comunidad y a potenciar el papel rector del Estado en la promoción y conducción de políticas y estrategias de solución a las necesidades básicas de la población nicaragüense. En este marco de políticas, el gobierno incluyó las acciones de salud enfocando sus objetivos, prioridades, políticas y lineamientos hacia el mayor beneficio de la población. Visto así, una segunda motivación para el proceso de descentralización fue la eficiencia en la política social.

Las políticas de descentralización del sector salud se enmarcaron en el análisis de los planes y programas que el Ministerio de Salud (MINSA) inicia en 1990 y concluyeron en el Plan Maestro de Salud 1991-1996. En dicho plan se establecieron como prioridades nacionales de salud: i) la atención primaria como la base de la organización del sector, ii) a la organización de los servicios a nivel local en SILOS (Sistemas Locales de Salud, de acuerdo a definiciones Organización Panamericana de la Salud OPS), y iii) el diseño e implementación de alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local.

En este marco, el modelo de descentralización en salud implementado en Nicaragua fue el de la gestión a través de una serie de entidades sanitarias-políticas-administrativas, de base territorial definida, denominadas Sistemas Locales de Atención Integral de Salud, o SILAIS.

Este proceso de descentralización realizado ratifica la voluntad política de transferir mayor poder de decisión a los SILAIS, particularmente respecto a sus diferentes de potestades y funciones, con el propósito de mejorar la eficiencia del sector salud, generando un efecto positivo sobre los indicadores de equidad en las condiciones de vida de la población Nicaragüense.

INTRODUCCIÓN

Nicaragua, en forma análoga a otros países de Latinoamérica, presentó a principios de los ochenta un comportamiento político-administrativo caracterizado por la centralización. Sin embargo, durante esa década, y hasta la actualidad, se llevaron a cabo esfuerzos importantes por impulsar una estrategia descentralizadora, con la finalidad de mejorar la estructura organizativa del gobierno Nicaragüense.

De este modo, el sector salud de Nicaragua se ha visto enfrentado a múltiples cambios, que han implicado tanto momentos de alta desconcentración en la administración de los servicios, como episodios de descentralización en la toma de decisiones (según se explicará más adelante).

Para fines analíticos, en el presente documento se revisará el proceso de descentralización llevado a cabo en Nicaragua desde principios de la administración Chamorro, en 1990. Se considera a este período como relevante puesto que desde dicho año, y hasta 1996, las sucesivas administraciones del Ministerio de Salud (MINSa) crearon e intentaron fortalecer a los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud), instituciones gestoras del proceso de descentralización en salud en Nicaragua.

El informe se organiza como sigue. A continuación se presentan los elementos principales de contexto político y administrativo para el sector salud, así como las principales líneas políticas y operacionales relativas a la descentralización. En seguida, en la tercera parte, se presentan los resultados de dicho proceso, hasta 1996. La parte cuatro expone y enjuicia los factores de contexto político, económico y social que pueden haber sido determinantes para el logro de dichos resultados. Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones para el proceso de descentralización de salud en Nicaragua.

I. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

1. El contexto general del proceso de descentralización de la salud

América Latina asiste, desde mediados de la década del ochenta, al giro de una concepción del Estado como rector de la vida económica, social, política y cultural de los países, que se refleja en una nueva concepción paradigmática que le asigna al Estado un papel de facilitador de las actividades económicas, lo que realza su actividad y carácter normativo por sobre el de ejecutor de políticas públicas.

Este nuevo papel -para ser efectivo- exigía una relación más estrecha entre el Estado y la sociedad civil, principalmente por la vía de acercar la gestión de los servicios estatales a los usuarios directos. Con este objetivo, los distintos organismos internacionales y multilaterales comenzaron a recomendar diferentes formas de participación de las comunidades locales en la gestión de los servicios públicos, cuestión que empezó a ser parte de los procesos de descentralización.

Por otro lado, la descentralización fiscal se convirtió igualmente en una opción para las organizaciones, por permitir el logro simultáneo de una variada gama de objetivos, desde el apoyo a la reducción del aparato estatal, al trasladar competencias a otras instancias, hasta el apoyo para mejorar la eficiencia interna del sistema, al acercar la toma de decisiones de administración y gestión de recursos a las unidades productivas mismas.

Por lo anterior, el gobierno instalado en Nicaragua después de las elecciones de 1990, acogió con entusiasmo estas concepciones sobre el rol del Estado, sobre todo habida cuenta de los profundos desequilibrios que el gobierno saliente habría propiciado en la economía nicaragüense (aspecto particularmente sensible en el país). Dichos desequilibrios, manifestados en la economía en 1990 en la forma de hiperinflación, hacían necesario un estricto control del gasto público. Por este motivo, el gobierno hizo suyas las propuestas de co-responsabilidad en el financiamiento de los servicios públicos, especialmente en salud y educación.

De este modo, las propuestas relativas a la descentralización, como un medio para transferir la gestión a las municipalidades o a los centros mismos, fueron adoptadas de manera decidida, esperándose que contribuyeran a consolidar la naciente democracia, a la vez que se obtuvieran mayores recursos para la prestación de los servicios.

a) *La política fiscal y el proceso de descentralización fiscal*

En este contexto, 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, entidad que pasó a supervisar activamente el Programa de Estabilización Económica y a apoyar el programa de reformas estructurales. Este último programa también contó con asistencia directa del Banco Mundial.¹

Los amplios poderes que en materia de política tributaria otorgaba al Ejecutivo la Constitución Política aprobada en 1987, vigente hasta la aprobación de las reformas constitucionales en julio de 1995, facilitaron ampliamente la aplicación de una nueva política fiscal, dirigida a mantener los gastos bajo estricto control y a propiciar la apertura de la economía mediante un acelerado proceso de desgravación arancelaria.

De acuerdo con las políticas de restricción del gasto y de reducción del número de empleados del aparato estatal, se optó por dos estrategias complementarias: i) la reducción de la nómina de personal, 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 ejecución 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 contribuiría a aumentar los ingresos por este concepto y cubrir las nuevas necesidades de contratación.

En términos generales, las definiciones de política de inicios de la década de los noventa, permiten observar a un país que inicia un proceso de cambios políticos (que incluyen al sector salud), caracterizado por el intento de tránsito de una economía centralizada a una economía social de mercado, en un modelo híbrido que abarca al sector privado y al Estado en un rol normativo y subsidiario.

b) *La descentralización y la participación*

A partir de 1990, entre otras acciones del gobierno de Nicaragua, relevantes para el proceso de descentralización en salud, se debe destacar la generación del Plan de Reforma de la Administración Pública, motivado por la necesidad de legitimar la administración pública a nivel nacional, orientado a cambiar su imagen y estructura con el ánimo de hacerlo más democrático y eficiente.²

El Plan de Reforma contempló de manera especial un programa de desconcentración y descentralización para todas las acciones de gobierno. Entre los principios que lo rigieron se destacan los siguientes:³ i) el principio de subsidiariedad del Estado, a partir del cual se sugiere que el Estado abandone las funciones que pueden ser desarrolladas por agentes individuales (en cuánto promotores del desarrollo colectivo), y ii) el principio de la participación ciudadana, a partir del cual los individuos se podrían involucrar en la toma de decisiones.

Para llevar a cabo este plan se crearon 8 comisiones, una de las cuales fue la Comisión de Descentralización. Esta realizó las siguientes tareas: a) la preparación del documento base de descentralización; b) la definición de los términos de descentralización y desconcentración; y c) la definición del objetivo de la descentralización como el logro de una mayor eficiencia en la prestación de servicios "fomentando una cultura y una responsabilidad compartida".

Como concepto se entendió que, en la desconcentración, el ente central preserva el poder y la toma de decisiones, delega la administración y designa recursos; además, la descentralización se define como la transferencia de funciones, recursos y poder de un ente central a otro autónomo, que puede ser municipal, departamental o directamente de la sociedad civil. De este modo, al menos conceptualmente, al intentar la descentralización en salud se estaba tomando una decisión política que podría poner al sector en la vanguardia de las instituciones públicas.⁴

Cabe destacar que el mismo Plan de Reforma, por otro lado, abrió la posibilidad de realizar reestructuraciones institucionales. Así, se instaló una comisión de descentralización, dirigida por el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal, y se estableció que el principio rector de la administración pública era la descentralización de competencias del gobierno central a las municipalidades. Con todo, por parte de la comisión de descentralización, no se asoció descentralización con la municipalización, por lo que no obligó a diseñar estrategias en dicho ámbito.

c) Contexto político-administrativo local

Específicamente en salud, uno de los factores claves para explicar la definición territorial aplicada en el proceso de descentralización fue la discusión política acerca de la unidad básica del Estado en términos político-administrativos.

En efecto, pese a que desde la Ley Orgánica de Municipalidades, del 5 de abril de 1963, se restableció la existencia de la autonomía municipal, durante la época anterior a la revolución Sandinista de 1979, el somocismo se manifestó contra las municipalidades, disminuyó la autoridad municipal y convirtió a los gobiernos locales en básicas dependencias gubernativas.⁵ En este período adicionalmente, la estructura de salud no tuvo esencialmente ninguna relación con la estructura político-administrativa local del Estado.

Durante la época revolucionaria, el municipio continuó siendo la división política básica, pero, en 1982, se estableció una organización intermedia entre el Estado y el Departamento -las Delegaciones Regionales- como unidad de coordinación responsable de ejecutar las disposiciones del gobierno central. Como consecuencia de ello, las competencias municipales y sus ingresos disminuyeron rápidamente, tanto en favor de dichas delegaciones regionales en lo administrativo, como en favor del Estado en lo económico.⁶

Con todo, posterior a la elección de 1984, se realizaron las modificaciones normativas fortaleciendo el concepto de gobierno local. Es así como en Salud, a finales de la década de los ochenta, el Ministerio de Salud (MINSA) declaró que el primer nivel de

atención se encontraba en estrecha relación con el gobierno municipal: "El Municipio es el territorio base para la organización del Primer Nivel de Atención, para lo cual se organizarán los Sistemas Municipales de Salud".⁷

Finalmente, a comienzos de 1990, con el nuevo gobierno, se restituyó el poder municipal, bajo la filosofía de liberar al Estado de un conjunto de responsabilidades productivas y de servicios que había asumido en la década anterior, y, a la vez, buscar la racionalidad en su función reguladora con el objeto de evitar intervenciones que distorsionaran el funcionamiento de la economía. Esta restitución implicó un cierto abandono de la organización administrativa en torno a Regiones, lo que permitió posteriormente, entre otras cosas, la creación de los Sistemas de Salud en territorios más pequeños, correspondientes a los Departamentos, y la mantención del ordenamiento del primer nivel de atención en torno a las municipalidades. Sin perjuicio de ello, estas políticas administrativas se generaron en el contexto de un ajuste de gastos del aparato gubernamental, razón por la que no se incrementaron los recursos destinados a los municipios.

2. Políticas en el sector salud

a) La perspectiva de gobierno

A principios de los noventa, se declaró que la política en salud no podía establecerse al margen del contexto político-social del país y que su viabilidad también dependía del aporte que hiciera a la solución de problemas más generales de la sociedad. Por lo tanto, se esperaba que el trabajo en salud, en particular lo relacionado con las iniciativas de descentralización, tuvieran un papel destacado en:⁸

- la contribución a la reducción de la violencia, por el alto consenso valorativo que tiene la salud y el fomento de las condiciones para su preservación,
- la promoción en el ámbito político y en la opinión pública de un clima favorable que otorgue recursos estables al sector, y de ser posible, ampliados, para poder dar una respuesta más adecuada a las necesidades de la población,
- la vigilancia y promoción de un desarrollo económico y social, compatible con la protección del medio ambiente y de los recursos naturales,
- la promoción de fórmulas y mecanismos de integración creciente, tanto nacional como regional, así como de cooperación interinstitucional e intersectorial,
- el incremento de fórmulas de consenso en el ejercicio del poder, construyéndolo con base en la práctica de la negociación y concertación,
- la unión de voluntades, capacidades y recursos de los diferentes protagonistas públicos y privados involucrados en el mejoramiento de salud,
- la consolidación de una práctica de participación social de los diferentes sectores sociales y el fomento de esquemas compartidos de responsabilidad entre población e instituciones.

Se entendió así que "el desarrollo del Sistema Nacional de Salud se inscribe en el esfuerzo global de democratización de la vida nacional, con una lógica de desarrollo humano que contempla la generación de riquezas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. Aquí, el cumplimiento de los objetivos de salud no puede considerarse únicamente desde el punto de vista sectorial, sino integrado en la estrategia global de desarrollo de la Nación".⁹ Por lo tanto, en términos generales, es claro que la primera motivación para el proceso de descentralización fue la de mayor legitimidad política.

Por otro lado, este sector provenía de una historia de cambios donde, primeramente, la administración Somoza había establecido un sistema de atención basado en tres líneas organizacionales: la primera la constituía el MINSA, del cual dependían todos los servicios de salud primario (primer nivel de atención de la nación); la segunda la constituía la Junta Nacional de Asistencia de Bienestar Social, representada en las 9 regiones existentes por las Juntas Locales de Asistencia, y de la cual dependían todos los establecimientos de atención secundaria; y la tercera, representada por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), institución que recibía las contribuciones de una parte de los asalariados formales de la Nación y las utilizaba para financiar una red asistencial propia y autónoma de las dos anteriores. A continuación, el gobierno Sandinista unificó los servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del MINSA bajo el Sistema Unificado de Salud. Este acto, seguido de un incremento del presupuesto, implicó (según las autoridades locales), un gran aumento de la cobertura de los servicios de salud. Pese a esta unificación, el INSS, ahora con funciones de bienestar, persistió con la misma organización y administración del período anterior.

Por ello, el gobierno de 1990 pretendió impulsar una política social que diera cuenta de perfeccionar las condiciones de vida de los estratos más indigentes de la comunidad y potenciara el rol rector del Estado en la promoción y conducción de políticas y estrategias de solución a las necesidades básicas de la población nicaragüense. En este marco de políticas, el gobierno incluyó las acciones de salud enfocando sus objetivos, prioridades, políticas y lineamientos hacia el mayor beneficio de la población. Visto así, una segunda motivación para el proceso de descentralización fue la eficiencia en la política social.

El fundamento social para estos compromisos estuvo dado por los derechos sociales establecidos por la Constitución, la que señala, en su artículo 59, lo siguiente:

- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.
- Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación de toda la comunidad en defensa de la misma.
- Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Estos elementos constituyeron el marco para la acción del sector salud, y sirven para emprender los diseños de política en torno a la descentralización. De acuerdo con las definiciones del MINSA, estas instrucciones constitucionales se asumieron a través del Sistema Nacional de Salud definido como:

"el conjunto de mecanismos jurídicos, políticos y administrativos que articulan a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que realizan acciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, así como de aquellas que aseguran el mantenimiento y reproducción de los recursos humanos y materiales para las mismas".¹⁰

Las políticas de descentralización del sector salud se enmarcaron en el análisis de políticas, planes y programas que el MINSA inicia en 1990 y concluyeron en el Plan Maestro de Salud 1991-1996. Este reflejó un consenso técnico acerca de la situación de salud y de los sistemas de atención que de algún modo le abrió paso a los concejos políticos respecto a los cambios que debían realizarse. Este es el primer hito de política de la administración Chamorro, la que sentó las bases para el establecimiento de un nuevo modelo de descentralización.

El Plan estableció como políticas nacionales de salud: i) la atención primaria como la base de la organización del sector, ii) a la organización de los servicios a nivel local en SILOS (Sistemas Locales de Salud, de acuerdo a definiciones OPS), y iii) el diseño e implementación de alternativas de financiamiento de los servicios a nivel local.

A la vez, se consideró en dicho Plan que la descentralización era la más importante de las acciones a ser implementada en el quinquenio, y que debía asegurarse la transferencia real de poder político desde el nivel central, al traspasar los recursos necesarios para asegurar la posibilidad de la toma de decisiones en el nivel local.

El segundo hito de política de salud fue la creación --por parte de la Presidenta de la República-- de un Consejo Nacional de Salud el 22 de febrero de 1993. Probablemente, la mayor justificación para la creación de este Consejo estuvo en la necesidad de obtener consensos políticos para la gestión ministerial, en serio debate después de una muy larga paralización de trabajadores del sector y que determinó la salida del Ministro que había gestado el Plan Maestro.

Este Consejo, integrado por la sociedad civil, gremios, los sindicatos de trabajadores de salud, y las universidades miembros de la asamblea nacional empresa privada, discutió y aprobó, el 28 de octubre del 1993, la Política Nacional de Salud, la cual fue asumida por el MINSA como un verdadero mandato político. En esta política nacional se presentaron y acotaron los elementos esenciales de la descentralización en salud. Particularmente, se establecieron como eje de los cambios en este ámbito a los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS), creados en 1992, como parte de las recomendaciones del Plan Maestro de Salud.

Las políticas específicas contenidas en la Política Nacional de Salud fueron las siguientes:¹¹

- Fortalecimiento de la calidad de atención, esencialmente a través del ordenamiento de la red de servicios del sistema, lo que a su vez se haría redefiniendo un modelo de atención y estableciendo normas técnicas que correlacionaran el desarrollo de los sistemas con las necesidades de la población.

- Fortalecimiento del proceso de descentralización, entendido como el traslado ordenado y planificado de la autoridad política, administrativa y técnica desde los organismos centrales a los SILAIS.
- Desarrollo de la atención primaria, como estrategia central del modelo, con un especial énfasis en la salud de la mujer cabeza de familia, y de los niños.
- Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, como complemento a la atención de primer nivel y solución a los problemas de salud de los territorios.
- Fortalecimiento Institucional del MINSA en todo el sector público de salud, es decir, nivel central y SILAIS. En este plano se incorporaron las necesidades de cambio en la planificación estratégica local, en la administración de recursos humanos (establecimiento de una Carrera Sanitaria para el personal), en la administración de los insumos para salud y en el Sistema de Información y Seguimiento.
- Desarrollo del marco jurídico, especialmente para que los SILAIS obtuvieran reconocimiento local y potestad sobre su propio patrimonio.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, cuestión que involucraba la participación como mecanismo de control social y la búsqueda de ampliación de cobertura de los servicios.
- Financiamiento, incluyendo la aplicación de nuevos mecanismos de asignación de recursos, la descentralización del presupuesto para gastos corrientes y la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento.
- Desarrollo de la participación social, como mecanismo para consolidar la democracia en la gestión de los servicios públicos y para coordinar intra e intersectorialmente la búsqueda de soluciones a los problemas de salud y su respectiva ejecución.

A juicio del MINSA, estas políticas dieron origen a tres grandes estrategias de reforma siendo la primera de ellas la más relevante para el proceso de análisis.¹² Estas fueron: la democratización de la gestión; la generación de acciones integrales de salud y la prestación de servicios diferenciados. En la primera de estas estrategias se integraron todas aquellas acciones relacionadas con el fortalecimiento del proceso de descentralización, el desarrollo de nuevas modalidades de gestión y el desarrollo de la participación.

Bajo la segunda estrategia de reforma (acciones integrales de salud), se esperaba que el nivel central asumiera labores de regulación y asistencia técnica a los niveles locales (SILAIS), mientras que estos últimos generaran los programas específicos para el abordaje de los principales problemas locales de salud. Su base son las políticas de fortalecimiento de la calidad de atención, del desarrollo de la atención primaria y el fortalecimiento de la atención hospitalaria.

La tercera estrategia se refirió al establecimiento de políticas especiales de venta de servicios a los trabajadores asegurados por el INSS y a los asegurados privados, como una manera de generar fuentes alternativas de financiamiento para los proveedores públicos. Esta estrategia correspondía a la política financiera definida. Las políticas de fortalecimiento institucional y desarrollo del marco jurídico eran de carácter general (o global) a las tres estrategias antes enunciadas.

b) *Modelo de descentralización*

El modelo de descentralización en salud implementado (o de gestión descentralizada) en Nicaragua fue el de la gestión a través de una serie de entidades sanitarias-políticas-administrativas, de base territorial definida, denominadas Sistemas Locales de Atención Integral de Salud, o SILAIS.

Estas entidades territoriales se construyeron con base en un concepto originado en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conocido como de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Estos se entendían como "el espacio poblacional que representa la unidad mínima territorial de dirección donde se articulan todos los recursos existentes para su mejor utilización, adecuación a la realidad y para el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad (...). Un SILOS tendrá sentido si sus resultados presentan una utilidad que se exprese en el impacto sobre los niveles de salud de un determinado espacio poblacional".¹³

La creación de los SILAIS como unidades organizativas básicas del sistema, se produjo, en 1992, como una de las acciones recomendadas en el conjunto de políticas que impulsó el gobierno nicaragüense a principio de los noventa. Su formulación tuvo lugar en el Plan Maestro de Salud 1991-1996. Al momento de crearse los SILAIS se consideró la existencia de 19 entidades, 3 de ellas en Managua (SILAIS Occidental, Central y Oriental). Las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur constituyeron SILAIS como tales.

Como diseño, se intentó trasladar a través del proceso de descentralización, la autoridad política, técnica y administrativa del nivel central a los SILAIS, y por tanto, los servicios, programas y recursos a su territorio. Se reconoció desde el principio que el entorno en el cual emergían los SILAIS era un escenario caracterizado en líneas generales por:¹⁴

- Restricción de recursos financieros para inversiones y gastos corrientes.
- Un impacto regresivo en la condición de salud debido a las políticas de ajuste implantadas para corregir la situación de hiperinflación y deterioro económico general del país.
- Procesos demográficos y sociales de súbito desarrollo (migraciones, repatriaciones, reasentamientos y desmovilizaciones) unidos a una elevada fecundidad, natalidad y mortalidad, esta última agravada por la situación de violencia.
- Problemas nutricionales de la población (especialmente en la infantil) unido a factores sociales de riesgo para la salud tales como el desempleo, el déficit habitacional, el hacinamiento, la violencia y otros.
- Insuficiencia en los servicios higiénicos-sanitarios; deterioro en la infraestructura física de salud; falta de personal especializado en determinadas áreas; distribución desigual de los recursos de salud en el país con alta concentración en la capital; desabastecimientos frecuentes de medicamentos y otros insumos.

La expectativa fue lograr que este escenario no impactara negativamente en la salud de la población y, además, elevar los niveles alcanzados en los indicadores tradicionales de

medición del desarrollo sectorial. Se concibió la creación de los SILAIS como una estrategia esencial para la transformación del Sistema Nacional de Salud, y se les asignó el carácter de unidades organizativas básicas, donde se concentran 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.

La cantidad, calidad y organización interna de los recursos de salud; la capacidad operativa frente a los principales problemas; las formas y mecanismos de interrelación de la población con los servicios; son componentes fundamentales del SILAIS y dependen de las necesidades, posibilidades y capacidades desarrolladas en cada uno de ellos. La premisa básica contenida implícitamente en la decisión de implantar y desarrollar los SILAIS que son considerados como la expresión actual para la organización territorial de servicios de salud, tomando en cuenta para ello la experiencia internacional y nacional. El propósito es continuar el perfeccionamiento de la atención de salud, enfatizando la importancia del nivel local como el más apropiado para ejercer un adecuado manejo de los recursos en función de las necesidades de salud y maximizar sus aspectos de eficiencia, eficacia y equidad.¹⁵

Finalmente, se entendió que las municipalidades, como parte de este esfuerzo descentralizador y como parte de los SILAIS, eran las administradoras de los servicios de primer nivel. Por tanto, como se verá más adelante, en las iniciativas de participación siempre se consideró a las autoridades municipales y a las autoridades de salud de primer nivel de atención.

i. La participación

De acuerdo con las definiciones de la Comisión de Descentralización, la participación de la población en el funcionamiento de los servicios ya se había visto como consustancial al proceso. En el sector salud, esta participación se organizó en dos ámbitos, el de políticas y el de gestión. El primero, de participación para la generación de políticas y coordinación, comprendió la creación, en marzo de 1993, de un Consejo Nacional de Salud, donde una serie de agentes e instituciones de diversos sectores apoyaron al MINSA en la generación de políticas de alto grado de consenso. Como réplicas locales de esta institución, se instaló en cada departamento un Consejo Local de Salud, encargado de la coordinación de la participación de otros sectores o grupos sociales (los alcaldes, autoridades del SILAIS, directores de hospitales, responsables de los servicios municipales, representantes de la población y gremios, entre otros). El segundo, de participación para la gestión, comprendió la creación de juntas directivas (a modo de directorios representativos de los intereses de la sociedad) tanto para los SILAIS como en los hospitales que fueron declarados "de referencia nacional". Este segundo organismo es el más innovativo para la institucionalidad de apoyo al proceso de creación y consolidación de SILAIS.

ii. Juntas Directivas

Se definió que cada uno de los SILAIS tuviera una Junta Directiva (a modo de *Board*) cuya función fuera velar por un adecuado uso de los recursos (cautela de la eficiencia) y calidad

de los servicios (cautela de la calidad). Para ello, se determinó que las Juntas Directivas asumieran un rol de máxima autoridad de la unidad administrativa descentralizada, debiendo velar además por consolidar la participación social y el ejercicio democrático en el quehacer del SILAIS.

Se definió que las juntas directivas de los SILAIS tendrían la capacidad de nombrar a las autoridades locales, esto es a los directores de SILAIS, y los directores de los hospitales, aprobar los Planes de Salud y Programas de Servicios (o Plan Estratégico y Programas de atención) así como el anteproyecto de presupuesto (preparado por el equipo técnico del SILAIS), hacer un seguimiento al cumplimiento de dicho plan, y a la ejecución del presupuesto asignado y controlar las inversiones y de los fondos provenientes de la Cooperación Externa y los que son producto de la prestación de servicios diferenciados.

Como parte del diseño, las juntas directivas deberían responder al ministerio de salud por el uso de los fondos asignados por parte del gobierno central, con una excepción, constituida por las RAAN y RAAS, donde el director del SILAIS responde al gobierno regional y el consejo regional reemplaza en su rol a la junta directiva del resto de los SILAIS. También se definió que para cada hospital de referencia nacional se conformara una Junta Directiva, con funciones equivalentes a las Juntas Directivas de los SILAIS. Estas Juntas Directivas estarían compuestas también por representantes de la comunidad.

En todos los hospitales diferentes a los SILAIS Central y Occidental de Managua, esta junta tomaba la forma de un Comité Ejecutivo del hospital, integrado por algunos miembros de la Junta Directiva del SILAIS y incluyendo así al Director. Entre las funciones del Comité Ejecutivo estaba el proponer nombramiento, ratificación o remoción del director del Hospital a la Junta Directiva del SILAIS. Sin perjuicio de ello, en los 5 hospitales de los SILAIS Central y Occidental las juntas directivas fueron creadas por resolución como autónomas de dichos SILAIS.

Tanto a las juntas directivas de los hospitales como a los comités ejecutivos, se les podría delegar la autoridad administrativa de dichas unidades de salud, puesto que una de sus funciones era velar por el uso eficiente de los recursos y mejorar la calidad de la atención en los hospitales. Los miembros de las diferentes juntas serían los políticos, líderes comunitarios, empresarios privados, personas notables de la comunidad, gremios sindicatos de la salud, ONG e Iglesias.

Cabe destacar, además, que a nivel municipal se configuraron los Consejos Locales de Salud, integrados por miembros de la sociedad civil y presididos por el alcalde, con funciones de coordinación intersectorial y de administración de las unidades primarias de salud. Estos centros, estaban dirigidos por Directores Municipales de Salud, nombrados en su mayoría por los directores de SILAIS. De este modo, se configuró, como diseño de política, el siguiente mapa de poder (Tabla 1):

Tabla 1
MATRIZ DE RESPONSABILIDADES EN EL SECTOR SALUD

Nivel de análisis	Organismo decisorio máximo	Responsabilidad general	Responsabilidad administrativa	Responsabilidad en salud pública
Ministerio de Salud	Ministro-Consejo Nacional de Salud.	Determinación de políticas sectoriales nacionales y rectoría del sector.	Definición de grupos presupuestarios a descentralizar. Definición de mecanismos de asignación de recursos. Control administrativo general.	Definición de programas básicos y coordinación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional.
SILAIS	Junta Directiva	Definición final de los Planes y Programas de Trabajo de los SILAIS, además de la observación y evaluación de su ejecución.	Ejecución de las políticas del SILAIS, así como de los créditos presupuestarios y de los recursos transferidos, en el contexto de la provisión.	Coordinación territorial de los sistemas de vigilancia epidemiológica, de la ejecución de ciertos programas y recolección de información.
Hospitales	Junta Directiva	Idem anterior	Ejecución del presupuesto con creciente eficiencia productiva.	Ejecución de programas, y generación de información.
Municipios (en cuanto prestadores)	Alcalde	Ejecutar las acciones de salud definidas en el Programa del SILAIS y las Normas del MINSA.	Ejecución del presupuesto con creciente eficiencia productiva.	Ejecución de programas y recolección de información.

Fuente: Elaboración propia en base a información del MINSA.

c) Proceso e instrumentos de descentralización

Para llevar a cabo el proceso de creación y consolidación de los SILAIS, el MINSA utilizó una serie de mecanismos e instrumentos políticos (declarativos), normativos, presupuestarios, y de gestión en general. Dado que los instrumentos políticos han sido expuestos, en esta sección se analizarán los restantes.

i. Instrumentos normativos

Basándose en que el marco legal vigente a la fecha permitía que cada ministerio definiera su organización interna, el MINSA decidió crear los SILAIS a través de una serie de instrumentos normativos, principalmente Resoluciones Ministeriales (véase tabla 2). Es así como el proceso contempló las siguientes resoluciones (véase tabla 2):

Tabla 2
INSTRUMENTOS NORMATIVOS UTILIZADOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN

Nº Resolución Ministerial	Contenido	Fecha Publicación
75	Organización del primer nivel de atención de salud	Junio de 1989
91	Reordenamiento de los servicios de salud con el objeto de organizar los Sistemas Locales de Atención Integral	26 Febrero de 1991
96	Se establecen los SILAIS como unidad organizativa básica	14 Enero de 1992
100	Se constituye el nivel central y el nivel local, a través de los SILAIS con las funciones y atribuciones que al efecto le corresponde. Se deroga todo lo relativo al nivel regional, como parte de la organización administrativa del Ministerio de Salud.	30 Abril de 1992
101	Reestructura la Comisión Nacional de los SILAIS, con el objeto de conducir y apoyar el proceso de implantación de los mismos.	3 Junio de 1992
106	Define el nuevo Sistema y los niveles de atención, entre otras materias.	1992

Fuente: Elaboración propia en base a información del MINSA.

La Resolución Ministerial 106, establece como Red de Servicios del Sistema Nacional de Salud a todos los servicios de atención en el sector. La organización de la Red de los Servicios está dada por el primer y segundo nivel de atención, los que a su vez cuentan con diferentes niveles de complejidad de acuerdo con su capacidad de resolución de los problemas de salud tanto de las personas como del medio ambiente. El primer nivel de atención corresponde al conjunto de acciones institucionales, de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente dispongan. A su vez, el segundo nivel de atención es el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación de salud que se realiza en los hospitales, con enfoque integral y orientación preventiva, con el objetivo de enfrentar los problemas de salud que por su complejidad demanden recursos de mayor calificación.

Adicionalmente, se complementó la definición declarando que "forman parte de los dos niveles de atención los servicios de salud de un territorio, estatales, privados o mixtos". La adecuada articulación y cooperación entre los mismos va en el sentido de aprovechar la capacidad nacional para enfrentar de forma racional los problemas de salud de la población y responder a la demanda de cada territorio.

Como se puede observar, la dirección territorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) corresponde a los SILAIS, allí se espera que se articulen las políticas nacionales de salud con la realidad de la población y que las estrategias se conviertan en acciones concretas que relacionen los problemas y necesidades de salud de la población con los conocimientos (clínicos, epidemiológicos, sociales y administrativos), y los recursos (gubernamentales, privados, de la comunidad y de otros organismos), a la vez que se

definan las prioridades, considerándose alternativas de acción y dirigiendo el proceso hasta la resolución y control de los problemas, mediante el fortalecimiento de la atención primaria.

Complementariamente, alrededor de 1993 y por vía administrativa, se determinó que el Poder Ejecutivo de un SILAIS consiste en un equipo compuesto por el director, un administrador en salud, un epidemiólogo, un administrador financiero y una enfermera.

ii. Instrumentos presupuestarios

Aunque como concepto político la descentralización buscaba transferir el poder de las decisiones hacia el nivel local, en el ámbito presupuestario de la administración de salud las propuestas fueron bastantes moderadas. En efecto, en 1993,¹⁶ se plantearon dos componentes de la descentralización presupuestaria: la administración de las transferencias financieras, y la administración de la gestión financiera.

El primero se refirió a la posibilidad de que la dirección del SILAIS tuviera a su cargo la custodia y el manejo de los recursos financieros durante su ejecución presupuestaria, pudiendo reorientar su uso de acuerdo con las necesidades del mismo SILAIS. En el mismo documento se planteaba que esta administración implicaba el cumplimiento de las normas presupuestarias generales y obligaba a informar mensualmente sobre el uso de las partidas en los renglones. El segundo asignó a los SILAIS la responsabilidad de realizar gestiones para ejecutar los créditos presupuestarios, aun cuando el presupuesto no fuera descentralizado. Se propuso descentralizar el manejo o administración de los créditos financieros de estos renglones, para ser ejecutados pro los SILAIS, bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

Ambos conceptos de administración permitían, según la propuesta de política de 1993, que cada SILAIS conociera el monto de su asignación presupuestaria anual, de modo que pudiera contabilizar todos los recursos disponibles. Sin embargo, existían (y aún existen) recursos de cooperación externa y la recuperación de costos por venta de servicios al Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social sin reflejo presupuestario.

Los ítemes presupuestarios considerados como recursos a gestionar financieramente, pro constituir transferencia, era los servicios no personales (Grupo 02) y de materiales y suministros (Grupo 03). Los ítemes restantes tales como servicios personales (Grupo 01), maquinarias (Grupo 04), e inversiones (Grupo 06) pertenecían al conjunto de recursos incluidos en el concepto de créditos presupuestarios.

iii. Los compromisos de gestión

Conjuntamente con la estrategia de descentralización del presupuesto, se definió un cambio en los mecanismos de asignación de recursos, el cual, en el contexto de la descentralización, se basó en la utilización de un Contrato, a ser financiado por el director del SILAIS o del Hospital de Referencia y por el Ministerio.

En este Contrato -denominado Compromiso de Gestión- se especificaban las metas a alcanzar en términos de la productividad de los servicios, la satisfacción de los usuarios y la salud pública, como contrapartida a los fondos asignados y de la asistencia técnica provista por el ministerio. Los compromisos de gestión incluían la actividad de los hospitales dependientes de los SILAIS, de modo que la asignación de recursos estaba relacionada con criterios de eficiencia y satisfacción de la demanda.

La regla de distribución de recursos (diseñada recién en 1994) para ser aplicada a partir del presupuesto 1995, consideraba la utilización de un criterio per-cápita corregido por un índice que, multiplicado por la población estimada para cada SILAIS, permitía conocer la distribución porcentual de los recursos que corresponde a cada uno de ellos. Esto implica que -en teoría- el presupuesto de un SILAIS se compondría de la siguiente manera:

$$\text{Presupuesto SILAIS} = \text{Población} * \text{índice agregado} * \text{disponibilidad per cápita}$$

Mientras en el diseño inicial, la disponibilidad per-cápita correspondía principalmente a los recursos comprendidos en los Grupos 02 y 03 del presupuesto, correspondientes a servicios no personales, materiales y suministros, respectivamente. El índice agregado se componía de la ponderación (variable) de cuatro índices. Estos cuatro índices eran: (I_1) de accesibilidad, (I_2) de estado de salud, (I_3) de características epidemiológicas, y (I_4) de prevención en salud. Estos se podrían ponderar por factores distintos y variables de año en año - α , β , X y ξ , respectivamente- pero en principio asumieron valores iguales entre sí de 0.25.

$$IA = \alpha * I_1 + \beta * I_2 + X * I_3 + \xi * I_4$$

Cabe destacar que entre los determinantes del índice de estado de salud se consideraba la desnutrición y la mortalidad por enfermedades transmisibles, así como entre los determinantes del índice de características epidemiológicas se consideraba a la prevalencia de infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, la malaria y el cólera. Por otra parte, el indicador de prevención en salud incluía los controles prenatales, las atenciones preventivas en general, las vacunaciones antipolio y antisarampión y los controles de crecimiento y desarrollo. De este modo, fue claro que la gestión programática sustantiva era parte esencial de la asignación de recursos. Se esperaba que esta estrategia permitiera dar coherencia entre la estrategia de descentralización y la resolución de los problemas de salud de la población.

3. El MINSA en la actualidad

Conceptualmente el sistema de salud nicaragüense está basado en la coexistencia de actores públicos y privados, tanto en lo correspondiente a financiamiento como a provisión. No obstante, como resultado de los cambios ocurridos en las últimas décadas, el sector público

de salud, compuesto por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud, concentran la mayoría de los servicios y los recursos nacionales asignados al sector.

En particular, el sistema de salud público está organizado en torno a 17 Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) -estructura territorial propia del Sector Salud. Estos SILAIS, cuyos territorios comparten con los Departamentos (parte de la organización política administrativa del país), están compuestos de una serie de hospitales, centros de salud (con camas y sin camas) y puestos de salud (estos últimos dependientes de los centros de salud).¹⁷ En la tabla 3 se puede observar la infraestructura dependiente del MINSA en el año 1997.

Finalmente, debe destacar que el MINSA y el INSS (ex INSSBI) no han podido complementar sus esfuerzos claramente, pudiendo existir cierta duplicación de infraestructura entre ellos. Sin embargo, de esto último no se pudo levantar una evidencia empírica.

Tabla 3
INFRAESTRUCTURA DEPENDIENTE DEL MINSA, 1997

SILAIS	N° Municipios	Hospitales	Centros Salud	Puestos de Salud
Nueva Segovia	11	1	5	39
Madriz	9	1	4	19
Estelí	6	2	6	36
Chinandega	13	2	17	73
León	10	2	14	89
Managua	7	11	29	113
Rivas	10	1	8	26
Granada	4	1	6	27
Masaya	8	1	9	28
Carazo	9	2	10	17
Boaco	5	1	6	16
Chontales	13	1	10	56
Jinotega	7	1	8	39
Matagalpa	15	1	15	36
RAAN (1)	6	1	5	65
RAAS (2)	5	1	7	11
Río San Juan (3)	5	1	5	29
Total	143	31	164	719

Notas: (1) Región Autónoma Atlántica Norte, (2) Región Autónoma Atlántica Sur, y (3) también llamada Zona Especial III.

Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua, 1997.

II. AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

1. Avances en la descentralización

a) *Los programas de salud pública*

En el área de los programas de salud pública, desde la elaboración del Plan Maestro de Salud en 1991, como producto de la preocupación política sobre el estado de salud de la población materno-infantil, se enfatizaron los programas dedicados a estos grupos poblacionales. En concreto, hubo especial preocupación por la mortalidad materna y por la mortalidad infantil y la desnutrición.

Este énfasis, sin embargo, no implicó cambios drásticos en el diseño de los programas de salud sino más bien adaptaciones de los mismos a la nueva estructura organizacional sectorial. Lo anterior se refiere a que se mantuvo, desde el nivel central, el esquema de diseño nacional de actividades y controles prioritarios para el nivel local (en ambos casos), sin llegar a reemplazar dicho diseño por un establecimiento de metas nacionales y locales con posibilidad de crear estrategias y programas locales de salud. Solo complementaria e implícitamente hubo un esfuerzo especial por preparar programas locales (idea contenida en el Plan Maestro), cuestión que se denota en la determinación de indicadores de salud pública (y no actividades) en los compromisos de gestión. Finalmente, este énfasis no implicó asignaciones especiales de recursos fuera de los mecanismos de prioridad que daban contenido a los Compromisos de Gestión.

En cualquier caso, en América Latina la situación respecto de los programas es relativamente similar y las expectativas de cambio son bajas: poco ha cambiado hasta ahora en la perspectiva general de contar con programas nacionales integrados en su diseño básico, programación, financiamiento y ejecución. Por lo tanto, no es esperable que el diseño fuera radicalmente distinto en este caso.

b) *La gestión presupuestaria*

Como resultado de los diseños de ámbitos presupuestarios de responsabilidad del MINSA y los SILAIS, se estima que, en 1993, los recursos que el SILAIS efectivamente podía gestionar de manera directa no superaban el 16,5%. Ello por cuanto el MINSA central mantenía la custodia completa de los recursos de los renglones 01, 04, 06 que corresponden a los servicios personales (salarios principalmente), maquinarias y construcciones, junto a una porción importante de los renglones 02 y 07 que corresponden a servicios no personales y transferencias corrientes, respectivamente.

Este valor no creció notoriamente desde 1993 hasta 1996, constatándose que a finales de dicho año cerca del 19% del presupuesto constituía la transferencia para los SILAIS, porción que correspondía a la suma de los grupos 02 y 03, menos los recursos para el pago de servicios básicos (electricidad y agua de las direcciones de los SILAIS) los que, en 1996, continuaban siendo pagados por el Nivel Central. Esta cifra se determina al deducir del presupuesto fiscal sectorial, aquellos correspondientes a recursos humanos, nivel central (cerca del 5%), e inversiones (otro 5%).

La explicación a lo anterior no estuvo sólo en el MINSA central sino también en las regulaciones y controles que impuso (e impone) el Ministerio de Finanzas -MIFIN- con el fin de controlar los incrementos en el gasto en los sectores sociales, particularmente en el área de los recursos humanos. Durante todo el período, de acuerdo con la Ley de Presupuesto Anual, la contratación y administración del pago de los recursos humanos requería la aprobación previa por parte del MIFIN. Por lo anterior, el avance en descentralización presupuestaria puede catalogarse de discreto.

Tampoco se observan grandes avances en la aplicación del mecanismo de asignación de recursos. De hecho, dicho mecanismo se utilizó como referencia en 1995 y 1996 pero sin llegar a constituir la regla de asignación de recursos. Esto básicamente por tres razones:

- Porque sólo se pudo diseñar el instrumento en 1994, cuando su presupuesto ya se encontraba en ejecución.
- Porque se tuvo que consensuar la implantación del mecanismo con los directores de SILAIS, lo que incentivó a las autoridades a garantizar un período de ajuste presupuestario, basado en la mantención del presupuesto nominal del año anterior para aquellos que se vieran perjudicados por el cambio en el mecanismo para definir el presupuesto de un SILAIS.
- Porque los recursos disponibles para distribuir, luego de estimar el efecto real de la garantía presupuestaria, y de pagar las bonificaciones salariales resultantes de las negociaciones sindicales post-paralización de 1992, eran marginales.

Este último punto es especialmente crítico porque obliga a analizar las disponibilidades presupuestarias reales, luego de los recortes por efecto de los acuerdos macroeconómicos que el gobierno había suscrito con organismos multilaterales, y su impacto sobre la instauración de nuevos mecanismos de asignación de recursos.

Por el lado de los instrumentos de control de gestión, los Compromisos de Gestión diseñados en 1993, solo tuvieron aplicación efectiva en 1994 y 1995, años en los que se acordaron metas y se suscribieron los compromisos entre el MINSA y los SILAIS. Según la opinión de los usuarios del instrumento, existieron ganancias en transparencia pese a la existencia de problemas de definición de las metas.¹⁸ De esta aplicación, y la de los mecanismos de asignación de recursos, pudo observarse una debilidad estructural en materia de flexibilidad presupuestaria: dado que el Ministerio de Finanzas (MIFIN) determinaba el presupuesto de salud según sus restricciones, el presupuesto de un determinado SILAIS

dependía más de la asignación que en el MINSA hacía para todos los SILAIS y programas, que de la negociación de metas y actividades que pudiera establecerse entre el MINSA y dicho SILAIS.

Según los antecedentes recogidos en el MINSA, este instrumento no se aplicó durante 1996 por razones de política interna sectorial, puesto que se enfrentaba, junto al resto del gobierno, una contienda electoral presidencial.¹⁹ La tabla 4 presenta la evolución presupuestaria del MINSA correspondiente al período 1992-1996.

Tabla 4
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO COMPARATIVO MINSA
(Millones de Dólares)

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
Transferencias corrientes	8.2	10.5	12.8	13.8	13.4
GASTO CORRIENTE	74.3	68.2	73.5	68.6	64.5
Maquinaria y Equipo	0.5	0.6	0.4	0.5	0.5
Inversiones (con aporte fiscal)	1.5	2.5	2.6	2.6	2.1
GASTO DE CAPITAL	2.0	3.1	2.9	3.0	2.6
TOTAL FISCAL	76.3	71.3	76.4	71.6	67.1
INGRESOS NO FISCALES	n.a.	n.a.	n.a.	24,259	28,488
Tipo de Cambio	n.a.	n.a.	n.a.	7.6	8.5
TOTAL (*)	n.a.	n.a.	n.a.	74.7	70.4

Fuente: MINSA (Dirección General Económica).

n.a. No aplica

(*) Suma de Recursos Fiscales para el sector mas ingresos no fiscales. Elaboración propia.

Como puede observarse, aun considerando los ingresos no fiscales sectoriales (correspondientes en su mayoría a recursos de recuperación de costos), el presupuesto durante el período 1992-1996 mostró una evidente disminución.

Cabe destacar en todo caso, el incremento de la participación del gasto de capital (en inversiones) respecto del total del gasto fiscal, gasto que a su vez estuvo apoyado por la cooperación externa. En efecto, la participación del gasto en capital en el gasto fiscal aumentó en 2.6% en 1992, a un 3.8% en 1996 (tabla 4).

Finalmente, la cooperación externa constituyó un notable soporte para el sector salud nicaragüense, tanto en términos de asistencia técnica como asistencia financiera. En el segundo de estos planos, por ejemplo, existe alguna información que indica que, en 1996, el 22.6% del presupuesto total para salud provenía, en términos agregados, de la cooperación externa.²⁰ Dicha cifra aparece aun más notoria cuando se analiza su destino que ha sido cubrir el 83% de la inversión en capital físico.

Sin perjuicio de lo anterior, también existe evidencia de no integración de todas las fuentes de financiamiento en el presupuesto corriente del MINSA. Así por ejemplo, para 1996, se planificó ayuda externa por 57 millones de dólares, pero en el programa de inversión pública del presupuesto solo aparecieron 18.6 millones. Esto implicaría que cerca de un 25% de los recursos oficialmente recibidos por el sector no estarían incluidos en su presupuesto.

c) *La gestión administrativa*

Respecto a la gestión de los factores productivos, y en particular a la capacidad de los SILAIS de tomar decisiones sobre la contratación y uso de los mismos, en la práctica el único recurso presupuestario con el que los SILAIS podrían hacer gestión era con el correspondiente a las transferencias para financiar los grupos 02 y 03 (tabla 5).

A esta disponibilidad, fundamentalmente referida a los recursos incluidos en la presupuestación fiscal anual, se deben agregar las disponibilidades de los SILAIS respecto a los recursos de recuperación de costos, que, en 1996, representaron, en promedio, casi un 80% por encima de los recursos correspondientes a bienes y servicios.

Esta contradicción con el discurso descentralizador se debió -entre otros factores- a la permanencia de las cláusulas de la Ley de Presupuesto que indicaban la imposibilidad de realizar contrataciones de personal de manera autónoma, existiendo control previo por parte del Ministerio de Finanzas, aun cuando dichas contrataciones se realizaban contra una legislación particular del sector salud pero uniforme para el país.²¹ Por este motivo no es posible encontrar elementos de gestión de recursos humanos tales como el establecimiento de diferencias compensatorias en los salarios finales de distintas categorías. Así, la aplicación de los compromisos de gestión encontraba su mayor dificultad en la imposibilidad de realizar ajustes en la gestión de recursos humanos y por ende, de realizar modificaciones en las funciones de producción.

En todo caso, esa no fue la única dificultad que hubo que enfrentar en el establecimiento de estos contratos. En efecto, otro problema estuvo en la utilización, al inicio del proceso, de indicadores de resultado que, en su gran mayoría, no se experimentan modificaciones en el corto plazo. Más aun, la variación de algunos de éstos era fruto de medidas de política de varios sectores sociales y económicos, tales como la reducción de la mortalidad infantil por reducción de la mortalidad neonatal precoz, o la disminución de las complicaciones de las enfermedades crónicas degenerativas (anexo 1).

Tabla 5
MATRIZ DE RESPONSABILIDADES PRESUPUESTARIAS Y ADMINISTRATIVAS

Grupo presupuestario	Factor productivo relacionado	Responsable del pago	Responsable de la contratación o compra	Observaciones
01, Servicios Personales	Recursos Humanos	Ministerio de Finanzas	SILAIS y Ministerio de Salud	Inalterado desde 1993
02, Servicios no personales	Algunos insumos	SILAIS	SILAIS	Excepción dentro de este grupo lo representan los pagos de servicios básicos, de pago central.
03, Materiales y suministros	Medicamentos	SILAIS y Ministerio de Salud	SILAIS y CIPS (Central de Insumos para Salud, organismo dependiente del MINSA)	Para los productos incluidos en el listado de la CIPS es obligatoria la compra por parte de los SILAIS. De hecho, el consumo de productos de la CIPS los paga el MINSA contra presupuesto de los SILAIS.
04, Maquinaria e Inversiones	Equipamiento médico y de oficina	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	
06, Construcciones y Mejoras	Infraestructura y administración de proyectos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Inalterado desde 1993.
07, Transferencias corrientes	Subsidios, Becas, Transferencias varias	SILAIS	Ministerio de Salud	

d) La participación

Hasta 1996, el proceso vinculado con la participación siguió la ruta de lo planificado, llegando a constituirse las juntas directivas en todos los SILAIS y en los hospitales de referencia nacional.

El proceso comenzó con el nombramiento de la primera Junta Directiva en el Hospital Manolo Morales de Managua el 31 de enero de 1994. Sus estatutos sirvieron de fundamento para la elaboración de los estatutos de las diferentes juntas a instalarse desde ese momento. A febrero de 1995 se tenía juntas directivas en 17 SILAIS (de 19 existentes a la fecha) y en los 5 Hospitales de Referencia Nacional de Managua.²²

Sin embargo, la utilidad y eficacia de las Juntas Directivas no fue homogénea para los distintos SILAIS, generando entre personeros del MINSA, evaluaciones diferentes (todas subjetivas). Esto fue coincidente con el hecho que las autoridades de los SILAIS y hospitales "sentían" la presencia de las juntas con distintos grados de comodidad, solicitando en algunos casos, a la autoridad del MINSA, la posibilidad de actuar con mayores grados de libertad. Por ese motivo, a finales de 1996, se empezaron a dejar sin efecto las resoluciones que creaban algunas de las juntas directivas y no existe certeza de la mantención de las mismas entidades a futuro, como parte de alguna estrategia de participación.

2. Evaluación del desempeño

La motivación de esta sección es averiguar en que medida la descentralización implicó una mejor manera de organizar, planificar, dirigir y controlar la función de provisión de servicios de salud del sector público, y a la vez observar si el proceso de descentralización permitió el acceso más equitativo de la población a los servicios de salud.

La hipótesis de trabajo implícita es que, ante una serie de problemas de cobertura y calidad de la atención, con consecuencias tanto en la satisfacción de los nicaragüenses como en los indicadores de salud pública, quienes mejor pudieron resolverlos eran los SILAIS. Para responder a dichas interrogantes se analizará a continuación algunos indicadores de producción, de resultados en salud y de rendimiento.

a) Evaluación de eficiencia y eficacia en el período 1992-1996

Para evaluar la eficiencia se han utilizado los registros de producción de ciertas prestaciones "trazadoras", en el entendido de que la evolución del presupuesto conocido es tal que permite suponer que el comportamiento de los indicadores de producción son similares a los de productividad. Entre los indicadores a utilizar se encuentran los siguientes: cambio en los egresos, consultas totales, consultas de emergencia, intervenciones quirúrgicas y exámenes de primer y segundo nivel. Como indicador de productividad media se utilizará el indicador promedio de días estancia.

Para evaluar la eficacia, en el ámbito de la salud pública, los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna han sido utilizados, sin perjuicio de que entre sus factores determinantes se encuentran algunos de carácter socioeconómico y cultural. Vale destacar que en este caso, se ha optado por no evaluar el grado de cumplimiento en los programas de salud por dos razones: primera, porque al realizarse dicha evaluación se estaría asumiendo que la estructura programática era la adecuada para el país en 1992, lo que puede ser un supuesto fuerte; segunda, se entiende que los programas de salud son solo instrumentos para el logro de buenos resultados en salud.

En todo caso, ciertas precauciones deben ser declaradas. Primero, los incrementos de producción conocidos en muchos casos, se encuentran justificados solo por mejores registros, motivados por cambios en los incentivos económicos o en los mecanismos de asignación de recursos, cuestión que aquí se ha producido. Segundo, ciertos incrementos de producción pueden ser claramente mostrados como fallas en el sistema de salud. Un buen ejemplo de ello son los incrementos en atenciones de urgencia, que pueden estar mostrando una falla en las consultas de primer nivel o en las de especialidad de segundo nivel. Así, el nivel de urgencias podría reflejar la búsqueda de la población de una vía mas rápida para obtener la atención de salud.

Respecto a la eficiencia, al aplicar los criterios y consideraciones anteriores, del análisis de datos se obtiene que:

- En el período 1992-1996, la producción de servicios de salud presentó cierto crecimiento global, y dado que el presupuesto global estuvo «congelado» (aun considerando los ingresos propios) puede suponerse que la productividad media subió.

En particular, durante el período los egresos crecieron un 4% (gráfico 1), las consultas de emergencia un 10.1%, las consultas de especialidad (totales) un 3.6%, la producción de placas de rayos x un 36.4% y las cirugías un 29.4% (gráfico 2). Asimismo, como puede observarse en el gráfico 3, los exámenes de nivel 1 crecieron un 43% y los de nivel 2 un 32%.

Lo anterior podría tener tres explicaciones no excluyentes entre sí: i) una mejor gestión de los recursos disponibles (bienes y servicios de consumo), ii) que se trate de un fenómeno transitorio explicado por la fuerte caída de la producción acaecida en el sistema entre 1991 y 1992; y iii) que hayan ocurrido incrementos de recursos no registrados (por ejemplo los de cooperación externa). Respecto de esta última, se debe tomar en cuenta que hubo un incremento en la disponibilidad de recursos humanos totales contratados por el MINSA (17% entre 1992 y 1996), disponibilidad posible por la pérdida de valor real de los salarios nominales.

- Respecto a la infraestructura pareciera haber una mayor (aunque no mejor) utilización de la misma. En efecto, el promedio de días estancia (calculables como la razón entre días estancia y total de egresos) se mantuvo relativamente constante mientras que --de acuerdo a datos del MINSA-- el porcentaje de ocupación de camas subió de 61.2%, en 1992, a 70% a fines de 1995. Sin embargo, si se considera que, en 1992, el mismo indicador tenía un valor de 68%, se puede estar frente a una recuperación de los índices anteriores gracias al proceso desarrollado.
- Conviene hacer notar que en varios SILAIS se produjo una disminución del número de atenciones de urgencia, en forma simultánea a un crecimiento del volumen de consultas externas, cirugías y/o los egresos. Esto podría estar indicando una situación de mejora de acceso a las atenciones de la red asistencial por parte de la población, dado que no se la "obliga" a concurrir a los servicios de urgencia en

salud. Los SILAIS más destacados en este fenómeno entre 1992 y 1996 se encuentran en la tabla 6.

Tabla 6
CRECIMIENTO DE PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES SELECCIONADAS
ENTRE 1992 Y 1996
(porcentajes)

	Consulta de Emergencia	Cirugía	Rayos X
Madriz	-3.5	2.2	34.3
Nueva Segovia	-22.7	86.4	107.5
Rivas	-24.2	111.0	214.0
Boaco	-7.4	73.9	83.3
Jinotega	-6.6	71.1	-7.3
Matagalpa	-1.0	52.2	33.1
RAAS	-24.4	27.7	22.6

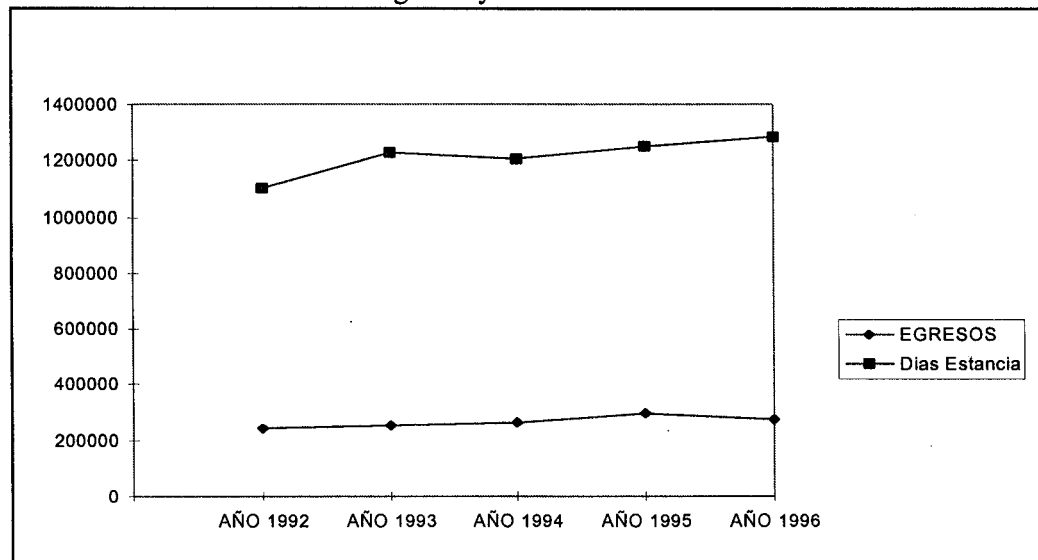
Fuente: MINSA, 1996.

- Lamentablemente, no es evidente una mejoría en el estado de salud de la población fruto de este incremento de producción. Por una parte, la mortalidad explicada por enfermedades infecciosas y parasitarias era de 11.4%, en 1992, mientras en 1996 representa 9.3%, experimentando una leve mejoría relativa.²³ Por otra, la mortalidad materna parece haberse incrementado entre 1992 y 1996 en un 30% (en promedio) pese a que los partos disminuyeron en un 9.7% y a que en el mismo período las cesáreas (entendidas como partos más seguros para embarazos de riesgo) aumentaron un 19.9%.

Respecto a la mortalidad infantil, y utilizando datos que deben ser ajustados, se estima que entre 1992 y 1996 se habría incrementado de 21 por mil a 25 por mil (si se utiliza la base de datos de incremento de población e incremento de mortalidad, sin corrección por sub-declaración de nacimientos y de defunciones infantiles).

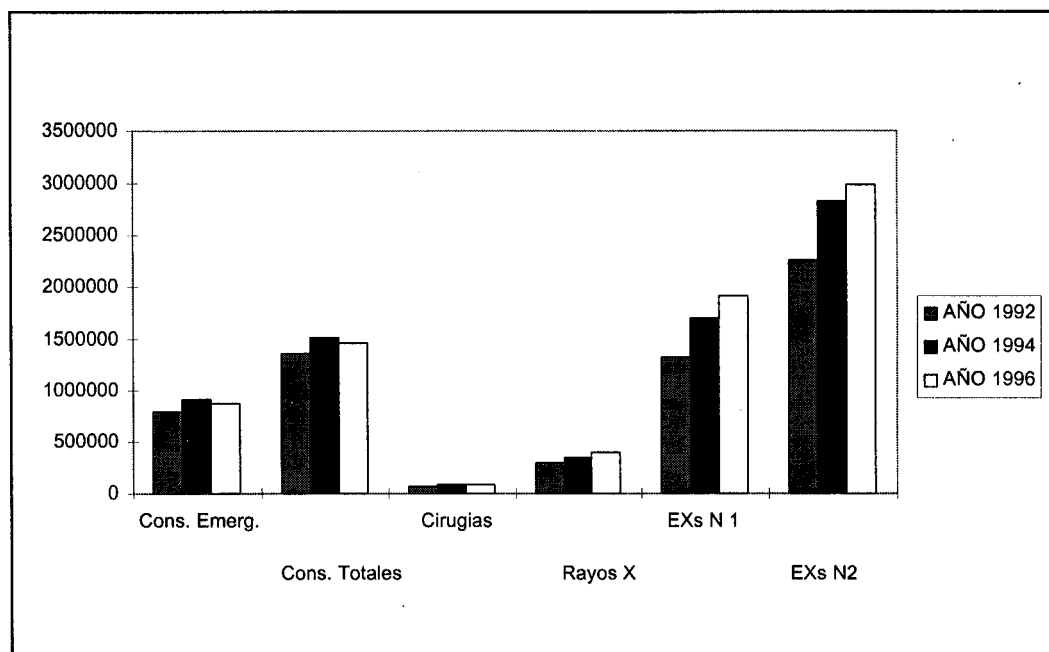
- Finalmente, pareciera haber evidencia de que los gastos administrativos en las direcciones de los SILAIS prácticamente duplican lo programado en 1995 y 1996, lo que sugiere la presencia de problemas de control y de asignación. En efecto, según datos de la Dirección General Económica del MINSA, en 1995 y 1996, el 15.9 y el 13.9% del gasto del ítem bienes y servicios, correspondió a «Coordinación SILAIS», en circunstancias que su presupuesto era 5.5 y 5.7%, respectivamente. Nuevamente es necesario cierta cautela respecto de esta evaluación, puesto que pese a la existencia de datos desagregados por SILAIS respecto de la producción, no es posible conocer su impacto sobre la salud de la población porque: i) no se cuenta con todos los datos epidemiológicos por SILAIS, y ii) no se conoce el presupuesto por SILAIS para todo el período ni los ingresos provenientes de la cooperación externa.

Gráfico 1
PRODUCCIÓN TOTAL SILAIS,
Egresos y estadías totales



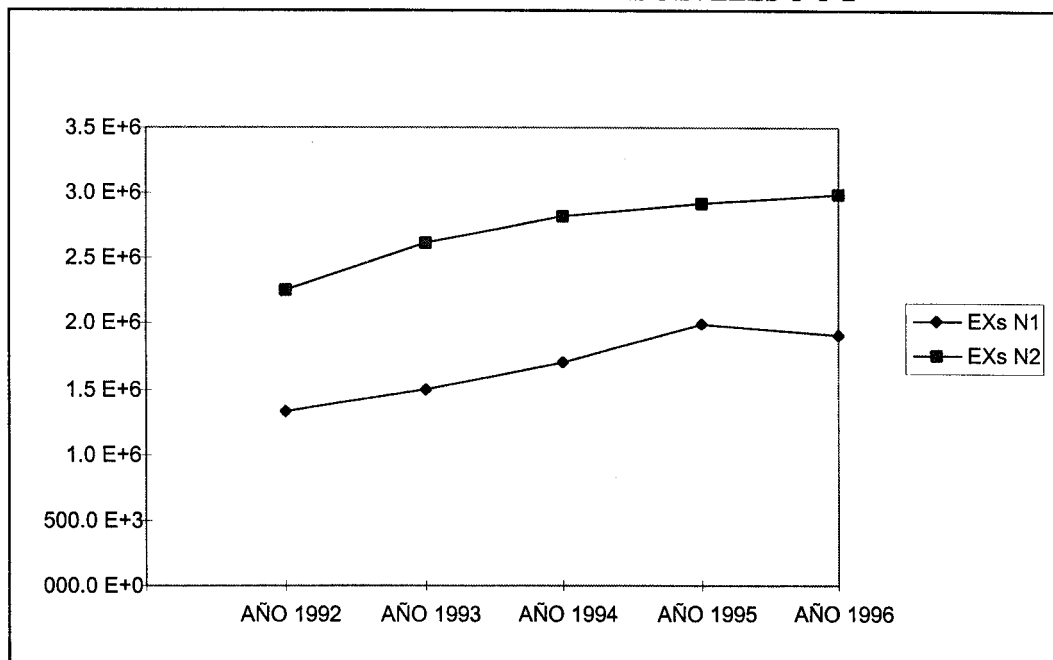
Fuente: Anexo 2

Gráfico 2
PRODUCCIÓN TOTAL SILAIS,
Otras prestaciones de salud



Fuente: Anexo 2

Gráfico 3
PRODUCCIÓN Y EXAMENES NIVELES 1 Y 2



Fuente: Anexo 2

b) *Equidad*

Varias formas de medir la equidad pueden encontrarse en la literatura; desde las clasificaciones basadas en el gasto per cápita, hasta aquellas que consideran el acceso oportuno a un conjunto de beneficios en salud (utilizándose parámetros como cobertura, tiempos de acceso, etc.). A los anteriores suelen adicionarse aquellos análisis basados en los diferenciales de indicadores de salud, como proxy de la situación de sector.

En el caso presente, y dada la ausencia de una serie de datos confiables de gasto per-cápita, se optó por utilizar dos medidas: una de cobertura global de servicios y otra de situación de salud. Para la primera, se utilizaron los egresos per cápita, toda vez que puede ser la resultante más clara de mejorías en el acceso a servicios, por sobre los indicadores de producción de servicios intermedios (consultas, exámenes, o rayos X), los que además aumentaron en el período. De este modo, se supuso que una población con cierto número de egresos per cápita, se encuentra en una condición de acceso mejor que otra con un menor número de los mismos, independiente de los servicios intermedios prestados.²⁴ En la segunda, se utilizó la mortalidad materna, por dos motivos: porque, junto con la mortalidad infantil, representa indicadores reconocidos internacionalmente como aquellos que muestran la verdadera situación de salud de la población, y porque la tasa de mortalidad infantil requiere de un análisis más detallado de los resultados, cuestión no factible con los datos disponibles, particularmente por las correcciones que a dicho indicador se le realiza en Nicaragua.²⁵

A partir de lo anterior, y de los datos disponibles, se procedió a calcular los valores para cada SILAIS para los años 1992 a 1996, determinándose una media y una desviación estándar de mortalidad materna por 100,000 habitantes y de egresos per-cápita. Esta desviación estándar, como medida de dispersión, podría dar cuenta de la evolución de la equidad en ambos parámetros sin que sea necesario enjuiciar la situación base o la final. Realizado lo descrito, en ambos casos la dispersión se incrementa levemente, lo que indica un deterioro de la equidad entre SILAIS en Nicaragua (gráficos 4 y 5).

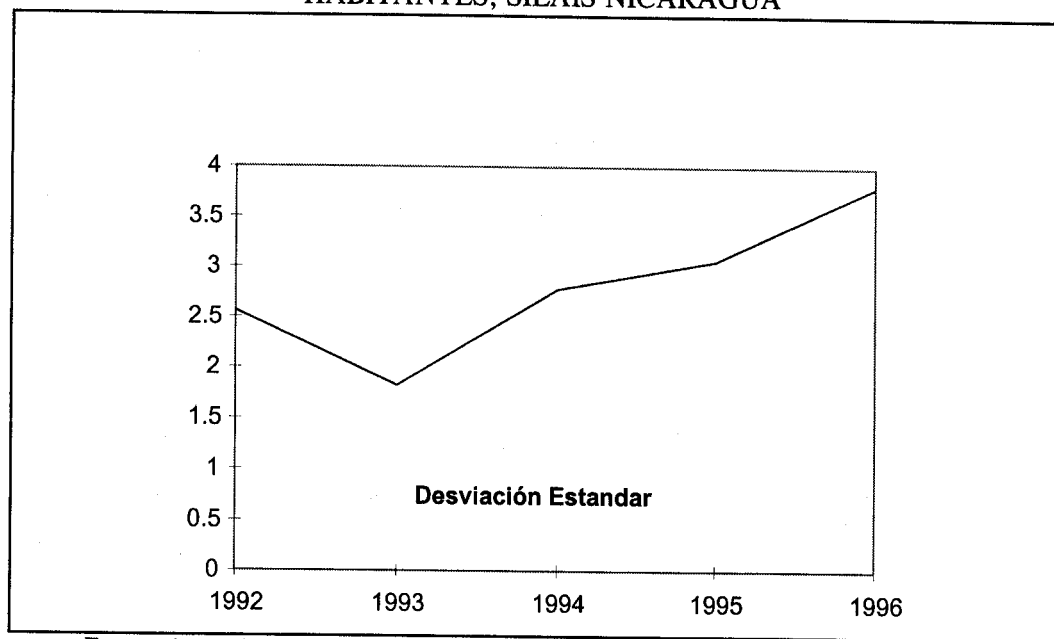
Por ausencia de datos, no fue posible realizar este análisis al interior de los SILAIS, ni tampoco se pudo comparar la pobreza con la evolución de las asignaciones financieras entre distintos SILAIS.

c) *Limitaciones del análisis*

Una de las principales limitaciones se relaciona con la ausencia de información estructurada acerca de la percepción de los agentes involucrados en el proceso de descentralización (personal de salud y la población). Esto representa una limitación importante, por cuanto desde el punto de vista de la legitimidad política de la actividad sectorial, muchos de los avances obtenidos y muchos de los cambios que podrían diseñarse para perfeccionar las tareas derivadas de la descentralización podrían estar fundamentados en estas percepciones.

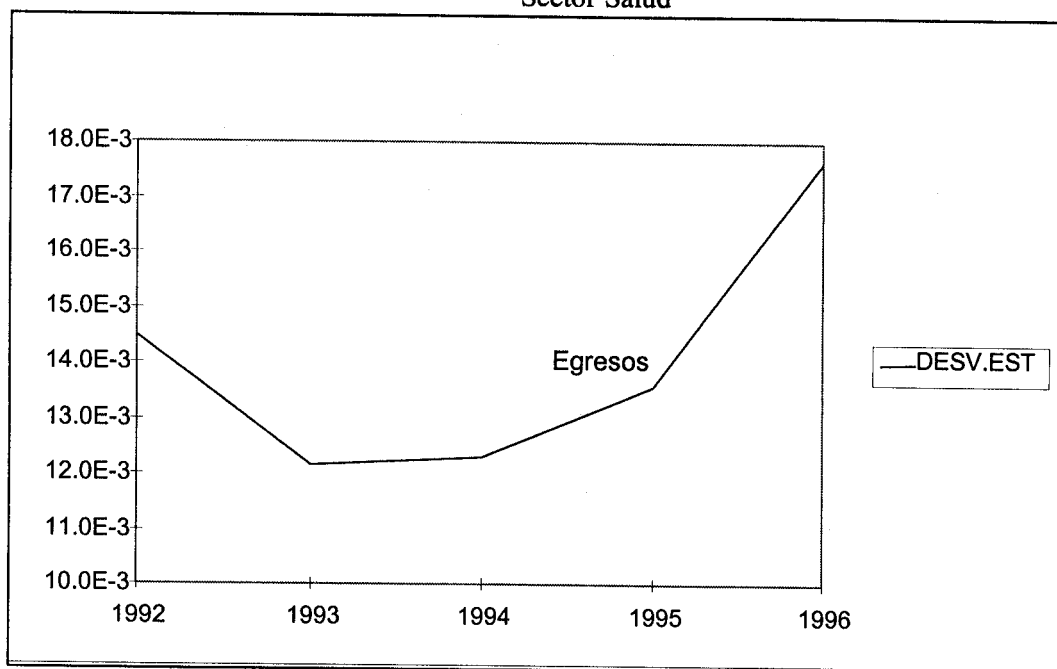
La segunda limitación de este análisis se refiere a las conclusiones respecto de las causas del incremento observado en la producción, puesto que no se cuenta con datos detallados de la cooperación internacional, es decir, del aporte de distintas organizaciones internacionales en inversiones, equipamiento, insumos e incluso recursos humanos, al sector en general y a algunos SILAIS en particular. En efecto, detrás de muchos de los incrementos observados en los indicadores de producción pueden encontrarse no solo explicaciones de mayor productividad, sino también de mayor disponibilidad de recursos. Por lo tanto, para un mejor análisis debiera contarse con la información mencionada, así como con una serie temporal contra la cual se pudieran correlacionar la información de atenciones y resultados de salud.

Gráfico 4
DESVIACIÓN ESTANDAR MORTALIDAD MATERNA POR 100 MIL
HABITANTES, SILAIS NICARAGUA



Fuente: Anexo 2

Gráfico 5
DESVIACIÓN ESTANDAR EGRESOS PER CÁPITA
Sector Salud



Fuente: Anexo 2

III. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LOS AVANCES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

En esta sección se intenta revisar (y acaso enjuiciar) los principales elementos de contexto influyentes sobre los avances, progresos, interrupciones y resultados del proceso de descentralización.

1. Efecto de las políticas de descentralización sectorial

A principios de los años noventa, se declaró que la política en salud no podía establecerse al margen del contexto político social del país, y que su viabilidad dependía del aporte que hiciera a la solución de problemas más generales de la sociedad, en un contexto de recuperación de la democracia.

En este sentido, se establecieron expectativas importantes para el sector, en términos de la necesidad de impacto político de las acciones técnicas por lo menos en dos grandes planos: los resultados de la acción {violencia, situación de salud estable, protección del medio ambiente junto con desarrollo, integración/ oportunidades para todos}, y la visibilidad de las reformas {consensos, voluntad de cambio, incorporación de privados, participación social}. Pese a las condiciones adversas para iniciar una estrategia de descentralización, esta se intentó, y fue afectada en varios planos.

a) Efectos de la discusión organizativa territorial

Aunque existió decisión de descentralizar, con base al Plan Maestro y su orientación técnica en torno a crear Sistemas Locales de Salud (SILOS) donde lograr «economías de ámbito» en la producción de salud, uno de los factores claves para explicar la definición territorial de los SILAIS fue la discusión política acerca de la unidad básica del Estado en términos político-administrativos.

Esta discusión, si se sigue la documentación desde 1990, parece haber estado centrada en torno a si se debía fortalecer la estructura local o la regional. Por un lado, el nuevo gobierno restituyó el poder municipal en una filosofía de liberar al estado de un conjunto de responsabilidades productivas y de servicios que había asumido en la década anterior. Por otra, sin embargo, no se alteró el concepto de regiones existente en la legislación. Por tanto, la restitución de poder de 1990 a las municipalidades solo implicó un cierto abandono de la organización administrativa en torno a las regiones.

Vistas así las cosas, la creación de los SILAIS con territorios más pequeños que la región, pero más grandes que el municipio, correspondientes a los departamentos, y la mantención del ordenamiento del primer nivel de atención en torno a las municipalidades, parece una solución completamente ecléctica y racional, tanto desde el punto de vista político-administrativo como desde el punto de vista sanitario.

b) Efecto de las políticas de descentralización y de participación

En 1990, entre otras políticas del gobierno, se dio prioridad a la reforma de la administración pública como parte de un esfuerzo del gobierno de Nicaragua por cambiar la imagen y la estructura de la administración pública de la salud. Este plan contempló un programa de desconcentración y descentralización, con lo cual abrió la posibilidad de realizar reestructuraciones institucionales sectoriales en la dirección señalada. Por lo tanto, las autoridades del sector salud no solo tuvieron «autorización» para realizar su reforma considerando la descentralización como elemento central, sino también tuvieron el respaldo de considerar a sus políticas como parte del esfuerzo gubernamental general de agregarle efectividad al trabajo administrativo.

2. La política fiscal y el proceso de descentralización fiscal

El gobierno recibió la economía nicaragüense con un severo problema de hiperinflación, lo que hacía necesario un estricto control del gasto público. Como se destacó, bajo el marco antes explicado, 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, que pasó a supervisar activamente el Programa de Estabilización Económica y el programa de reformas estructurales, el cual también contó con asistencia directa del Banco Mundial. Es en este contexto, donde se explica el énfasis del MINSA en centrar la política de financiamiento en la búsqueda de nuevas fuentes de recursos (como respuesta a la estrategia de gobierno de imponer propuestas de corresponsabilidad en el financiamiento a los servicios públicos). No obstante, éstas no se buscaron con una sistematización única, y por tanto, no tuvieron mayores análisis de impacto sobre la equidad. Sin embargo, los procesos de ajuste de gastos del aparato gubernamental implicaron que no se incrementaran los recursos destinados al aparato municipal ni sectorial, por lo que el entorno económico y financiero era restrictivo ex-ante.

3. La gestión del cambio en el sector salud

Finalmente, es útil revisar el efecto de las presiones sindicales en la gestión del cambio. Ello es relevante por cuanto la incertidumbre de los trabajadores se entrecruzaba con la expectativa de los mismos y de la población sobre la mejoría del sector por efecto del cambio de gobierno.

Por esta razón se observa, junto con el intento técnico de diseñar líneas de acción coherentes y sustentables, la existencia de dos estrategias políticas adicionales: difusión de los cambios y generación de consensos. Estas dos estrategias parecen estar presentes desde el principio, lo que es fácil de observar a través del siguiente recuento:

En 1991, el Ministro E. Salmerón, dio a conocer el Plan Maestro de Salud. Este plan es objeto de una amplia difusión.

Posteriormente, la Resolución 101 creó una comisión para proponer la instalación de los SILAIS. Los miembros de las comisiones eran en su mayoría directivos del MINSA, generados a su vez a partir de consensos políticos.

Como resultado del trabajo de dicha Comisión, se generó el documento «Marco Conceptual de los SILAIS», el cual le dio la sustentación necesaria a las primeras resoluciones creando los mismos. Este documento tuvo el respaldo institucional de la Organización Panamericana de la Salud.

Por demandas salariales, el Ministro Salmerón enfrentó una larga paralización, lo que generó las condiciones para su salida y reemplazo por la Ministra M. Palacios. Ella negoció un acuerdo y lo consiguió.

Se generó entonces el Consejo Nacional de Salud el cual, después de 8 meses de trabajo, dio a conocer la Política Nacional de Salud (28 Octubre 1993), que se convierte en el mandato que la sociedad civil entrega la Ministerio de Salud, como rector del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua.²⁶ Este Consejo estaba integrado por representantes de organizaciones civiles, gremios, sindicatos de trabajadores de la salud, universidades, Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, empresa privada, etc. Por tanto, fue un espacio político donde la diversidad daba garantías de que el producto de dicha comisión contendría los consensos necesarios para los cambios requeridos.

Por tanto, se intentó hacer frente al tema de la viabilidad de las propuestas de política, tanto frente al país como frente a los gremios más relevantes del Sector Salud, usualmente preocupados más por sus propias reivindicaciones que del desarrollo del sector en sí.

4. Principales tensiones del modelo

La experiencia de descentralización del sector salud en Nicaragua permite visualizar dos tipos de *trade-off*, respecto al conflicto de los objetivos de política (donde uno de dichos objetivos solo puede ser conseguido con el costo de alejarse del óptimo en el otro).

El primero está presente en el análisis comparado de eficiencia y equidad. El segundo, en la gestión del cambio, con el conflicto financiero producido por pagar por viabilidad versus pagar por mejores resultados. Se observa simultáneamente un incremento de la producción, asimilable, en principio, a un incremento de la eficiencia sectorial y de la inequidad (medida como incremento de la dispersión en los resultados, entre SILAIS). Ello puede ser explicado a partir de la necesidad de estimular el proceso de descentralización, con los «pocos» recursos flexibles disponibles (básicamente el presupuesto de bienes y servicios), perdiendo -en primera instancia- la posibilidad de compensar por situaciones de equidad.

El segundo *trade-off* se observa cuando el Ministro entrante en 1993 se ve obligado a negociar con los trabajadores e intentar generar una alianza estratégica con los mismos para enfrentar los cambios, obteniendo como resultado más notorio la creación de un Bono para los trabajadores del sector salud que operaba a partir de 1993. Esta bonificación, acordada en conjunto con una serie de beneficios adicionales constituyó el centro de la evolución del gasto en el Grupo 01, Servicios Personales.

Si se compara esta situación con una de restricción del gasto fiscal, se observa que desde 1993, conjuntamente con iniciarse la implementación efectiva de las políticas de descentralización, el marco de recursos se encontraba fuertemente restringido además por los gastos de recursos humanos. Así, resultó determinante para el proceso de descentralización no solo el contar con recursos sino también el resultado del manejo de conflictos.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones generales

A partir de lo expuesto en los capítulos anteriores, se derivan las siguientes conclusiones:

1. En 1990, el proceso de descentralización se consideró pertinente y oportuno para Nicaragua, dado que en aquel momento político el país vivía la generación de estrategias dirigidas a perfeccionar los sistemas sociales, reconociendo la participación de la población y especializando la toma de decisiones públicas. Adicionalmente, al momento de iniciarse la implementación de los SILAIS, la conflictividad sectorial requería de soluciones que permitieran la participación también de los trabajadores.
2. El proceso de descentralización realizado ratificó la voluntad política de transferir mayor poder de decisión a los SILAIS, particularmente al observar las diferentes resoluciones que los dotaban de potestades y aclaraban sus funciones.

Sin perjuicio de lo anterior, el proceso fue también voluntarista, por cuanto se denotan falencias en el diseño de su proceso. Por ejemplo, las expectativas y estimaciones de descentralización administrativa y presupuestaria, contenida en las Resoluciones Ministeriales, no fueron compatibles con: i) las posibilidades reales de flexibilidad normativa en lo presupuestario, ii) las disponibilidades presupuestarias, y iii) la respuesta del gobierno a los conflictos laborales de 1992.

De este modo, aunque la motivación declarada fue la de descentralizar gradualmente, partiendo desde el ítem de bienes y servicios de consumo, lo que implicaba una decisión política que ponía al sector salud en la vanguardia de las instituciones públicas, la evidencia a posteriori indica que se estuvo más en presencia de un proceso de desconcentración que de descentralización.

3. Resulta adecuado descentralizar a través de instrumentos como los compromisos de gestión, por cuanto contribuyen a mejorar la eficiencia general de los entes productivos del sector. Sin embargo, es claro que tales compromisos son instrumentos que requieren validación operacional, tanto como instrumentos para la asignación como para el control.

En el caso de Nicaragua, esto no parece haber ocurrido puesto que no existían las condiciones operacionales mínimas como para que los SILAIS utilizaran los

Compromisos de Gestión por completo. En particular, los SILAIS no pudieron gestionar completamente sus recursos humanos ni conservar los ahorros que pudieran producirse por efecto de una mejor administración de todos los factores productivos.

4. La utilización de decretos ministeriales que dotaban de amplias facultades organizativas a las autoridades del MINSA, permitieron ejecutar cambios importantes en períodos de tiempo relativamente cortos. Sin ir más lejos, la creación de 19 SILAIS, la fusión de 3 de ellos en Managua en uno sólo, la creación de juntas directivas en SILAIS y en hospitales descentralizados, son todas acciones cuyo respaldo legal está dado solo por las potestades del Ministro.

Sin embargo, esta misma flexibilidad es la que impide una consolidación de las instituciones creadas frente a los cambios en las autoridades ministeriales. Es decir, sin este marco legal flexible, puede ser difícil experimentar en términos administrativos y estructurales. Por otro lado, solo con un marco legal y normativo más detallado es posible avanzar en una mayor delegación de responsabilidades, por ejemplo en la administración de los recursos humanos, cuestión absolutamente esencial en la descentralización.

5. Los resultados obtenidos tienden a validar la hipótesis de que la descentralización es positiva para los niveles locales, pues ha permitido obtener una mejor gestión de los recursos aun cuando ello se produzca en una escala reducida. Los resultados positivos se pueden asociar, en principio, a una descentralización presupuestaria correspondiente a los ítems de bienes y servicios de consumo, que representan entre un 18 y 20% del total.

Estos resultados se resumen en que, en promedio, la producción de servicios ha experimentado mejoras. Sin embargo, es necesaria cierta cautela porque no se conoce la evolución de la disponibilidad total de recursos en el sector, particularmente de aquellos provenientes de la cooperación externa y de la recuperación de costos. En todo caso, esta cautela se justifica porque la eficiencia técnica no sólo se obtiene al «hacer más» sino al hacerlo a un costo igual o menor que antes de iniciado el proceso, lo que, dada la información disponible, tampoco fue posible detectar.

6. Respecto a la equidad, el análisis realizado arroja incertidumbres respecto a un mejoramiento. Por otra parte, existe evidencia de acciones explícitas destinadas a compensar a los SILAIS relativamente menos beneficiados por la cooperación externa, o que tienen una menor capacidad de recuperación de costos. Finalmente, la ausencia de reglas similares para la recuperación de costos a nivel de todo el sistema, como podrían ser los co-pagos homogéneos, podrían ser una fuente adicional de deterioro de la equidad.

Con todo, el aspecto de equidad más relevante de analizar es respecto a la situación de salud de la población, especialmente de la infantil y materna, pues a primera vista estos indicadores no reflejan una mejoría sustancial ni homogénea.

7. Finalmente, respecto a los gastos administrativos de la Coordinación SILAIS, esta tendencia, aunque explicable dado que los salarios perdían valor real todos los años y se requería a nivel local diseñar esquemas de incentivos, es preocupante por cuanto podría contribuir a incrementar los costos asociados a un proceso de descentralización.

2. Líneas de acción sugeridas

Con el ánimo de perfeccionar el proceso, los problemas detectados generan una serie de desafíos. Frente a los mismos, pueden esbozarse algunas recomendaciones.

1. Es necesario profundizar en la evaluación de la eficiencia técnica (no solo si se ha hecho más, sino a qué costo), de la equidad y del estado de salud obtenido como resultado del proceso de descentralización. Este análisis podrá dar guías sobre cómo avanzar y que instrumentos mejorar.

Para un perfeccionamiento de las estrategias de descentralización parece altamente conveniente contrastar el impacto financiero y administrativo de las estrategias de política diseñadas con las disponibilidades presupuestarias y normativas vigentes, de modo de no generar expectativas que pudieran atentar contra la viabilidad del mismo proceso.

2. Para mejorar el control sobre el uso de los recursos y la equidad debería contarse con información financiera integral que contemple todos los recursos que recibe un SILAIS (presupuesto fiscal, cooperación externa e ingresos propios).
3. Respecto a la equidad, podría avanzarse en mecanismos de asignación de recursos que consideren: i) que el aporte del nivel central compense lo obtenido por co-pagos o cooperación externa (en ingresos corrientes), y/o ii) que exista una especie de impuesto de redistribución compensatorio de los ingresos de recuperación. Debe tenerse presente que los diferentes volúmenes de recuperación podrían ampliar las diferencias territoriales y producir alteraciones importantes en la equidad --por ejemplo-- si un SILAIS cobra por algún servicio y en otro existe gratuidad para el mismo.

Respecto a esto último, con el propósito de incentivar a los SILAIS a recuperar costos, no se controlaron los co-pagos, ni se establecieron mecanismos de compensación de los SILAIS, lo que podría estar dando origen a un *trade off* entre eficiencia (recuperación) y equidad (diferencias territoriales).

4. Dado que la descentralización debe pasar por una transferencia de potestades en el manejo de todos los recursos, es menester desarrollar mecanismos para descentralizar la gestión de los recursos humanos (diseñar y conversar con el MIFIN) y para poder aprovechar de manera ordenada los excedentes de operación que pudieran obtenerse.

Por tanto, debe enfrentarse el tema de la consolidación legal de los SILAIS para una más completa delegación de la administración de todos los factores productivos. Esto, a su vez, requiere un diseño de la estructura territorial óptima. Así por ejemplo, si se desea mantener la estructura administrativa actual, basada en SILAIS, a la vez que ganar en eficiencia en la descentralización, tal vez debiera continuarse con el ejercicio de fusionar algunos SILAIS, dado que ello permitiría ganar en rendimiento de los recursos disponibles para administración.

5. El proceso de descentralización debiera ser compatibilizado explícitamente con el proceso de reforma del Estado en lo que concierne al ámbito municipal. Esto significa asignarle una función más clara a dicho nivel administrativo y político. Ello no necesariamente implica tomar decisiones como descentralizar hacia el nivel municipal, cuestión que requiere de análisis más complejos.
6. Finalmente, Nicaragua se encuentra en un punto en que podría continuar y perfeccionar su proceso de descentralización a partir de una reflexión respecto a la separación organizacional de las funciones básicas del sistema de salud: rectoría y regulación, financiamiento-compra y provisión. En particular, podría avanzarse hacia radicar más responsabilidades en las unidades hospitalarias, de modo que puedan ofrecer servicios al MINSA en igualdad de condiciones que al INSS y que los gestores y trabajadores de dichos hospitales tengan los incentivos para gestionarlos adecuadamente.

NOTAS

- 1 World Bank, 1993.
- 2 Moncada, D. 1996.
- 3 Moncada, op. cit.
- 4 De hecho, según Soza (1995), el gobierno avaló la propuesta ministerial y declaró al MINSA como abanderado de la política de descentralización y participación popular, en 1991, en la Conferencia Nacional de Salud.
- 5 Da origen a los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS).
- 6 De acuerdo con Moncada (op.cit), en el marco de esta ley, al frente de cada gobierno local se encontraba un consejo municipal conformado por cinco regidores, quienes serían elegidos por voto directo y popular cada cuatro años, según las normas de la razón electoral y lo precedería un alcalde electo por el consejo mismo.

- 7 Hasta entonces, las leyes regían no solo los procedimientos requeridos para la elaboración de los planes de arbitrios y presupuestos de gastos, sino que también se establecieron porcentajes fijos en conceptos de gastos como por ejemplo: para gastos ordinarios un 35%, para mejoras y servicios públicos un 40%, para sanidad local un 10%, para rezagos y deudas un 5%, para gastos imprevistos un 5% y para boletería y sostenimiento de la contraloría el 15%.
- 8 MINSA, Resolución No. 75 (Art. 4, pto 11) , Junio 1989.
- 9 MINSA, OPS/OMS, 1992.
- 10 MINSA, 1993.
- 11 MINSA, 1992.
- 12 MINSA, op. cit.
- 13 MINSA, 1994.
- 14 MINSA, 1991.
- 15 "Marco conceptual de los SILAIS". Op.cit.
- 16 Ibid.
- 17 MINSA, 1993.
- 18 Tal como se explicó, al momento de crearse los SILAIS se consideró la existencia de 19 de ellos, con 3 en Managua (SILAIS Occidental, Central y Oriental). Sin embargo, por problemas de coordinación de políticas territoriales, a mediados de 1996 se decidió fusionar estos últimos en uno solo.
- 19 De acuerdo con entrevistas al Director de Planificación del MINSA, en Abril 1997.
- 20 Especialmente por la Dirección General de Sistemas de Información y por la Dirección General Económica.
- 21 De acuerdo con el informe del Banco Mundial.
- 22 Ministerio de Finanzas, Normas de Ejecución y Control Presupuestario, 1996.
- 23 Soza, D. 1995.
- 24 Datos extraídos de la información disponible en la Dirección General de Sistemas de Información del MINSA.
- 25 Por cierto que una corrección a lo anterior podría ser realizada a partir de la evaluación de la calidad de la atención. Lamentablemente, en este caso no se cuenta con información al respecto.
- 26 Por deficiencias en el registro de natalidad y de mortalidad infantil, con subnotificaciones en ambos casos del orden del 40%, en Nicaragua se realizan correcciones tanto al numerador como al denominador de la Tasa de Mortalidad Infantil.
- 27 Avances en la implementación de la Reforma del Sector Salud de Nicaragua. Op. cit.

BIBLIOGRAFÍA

- Espinosa Jaime. (1997), Nicaragua: Descentralización de los Servicios de Salud, Serie de Reforma de Política Pública 55, Proyecto Regional CEPAL/ASDI sobre Financiamiento Público y Provisión de Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (en prensa).
- Ministerio de Salud, 1989, Resolución 75 (art. 4, punto 11).
- (1991), Plan Maestro de Salud. Nicaragua., 1991.
- (1992), Marco Conceptual de los SILAIS, Serie SILAIS, No. 1.
- (1992), Resolución Ministerial 96, Abril.
- (1993), Política Nacional de Salud.
- (1993), Propuesta Descentralización de la Administración del Presupuesto, Nicaragua.
- (1994), Avances en la Implementación de la Reforma del Sector Salud de Nicaragua, Documento presentado en la X reunión del sector salud de Centroamérica, Managua, 5 y 6 Septiembre.
- (1995), Manual del Sistema de Administración Financiera, SAF. Nicaragua.
- (1996), Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Nicaragua.
- Ministerio de Salud/ OPS (1992), Marco Conceptual de los SILAIS. Serie SILAIS N°1, 1992.
- Moncada, D. (1996), Análisis de los procesos de descentralización y participación comunitaria en el sector social desde la perspectiva del Nivel Central, Mimeo, Ruta Social, Nicaragua.
- Soza, D. D. (1995), Descentralización y Transformación del Sistema de Salud de Nicaragua. Managua.
- World Bank (1993), Staff Appraisal Report. Republic of Nicaragua, November.
- (1996), Public Investment Review, Health Sector. Nicaragua.

ANEXO 1

MORTALIDAD MATERNA (cifras absolutas)

SILAIS	1992	1993	1994	1995	1996
BOACO	2	1	0	0	1
CARAZO	4	3	3	3	5
CHINANDEGA	16	9	2	7	4
CHONTALES	6	12	4	18	21
ESTELI	6	5	5	4	4
GRANADA	1	4	3	4	2
JINOTEGA	16	15	12	20	21
LEON	5	7	8	7	7
MADRIZ	3	3	8	5	3
MANAGUA	22	21	13	11	17
MASAYA	8	5	4	6	6
MATAGALPA	16	25	23	22	29
NUEVA	2	3	3	4	9
RAAN	2	4	11	12	22
RAAS	7	4	4	4	1
RIO SAN JUAN	1	1	1	1	2
RIVAS	2	3	3	2	1
TOTAL	119	125	107	130	155
	1992	1993	1994	1995	1996
POR PARTERA TOTAL	35,4	36.1	29.8	32.6	24.8
No Consignado	12,2	20.9	29.8	26.9	14.7
M.Maternas x 1000	9.6	9.5	8.1	9.3	11.6
MUERTES TOTALES	12,467	13,173	13,160	13,961	13,386
% Maternas	0.9	0.9	0.8	0.9	1.2

Fuente: MINSA

ANEXO 2

INDICADORES BÁSICOS, 1992

SILAIS	EGRESOS (*1)	DIAS ESTANCIA	PDE (est.)	Consultas Emergencia	Cons. Totales	Cirugías	Rayos X
MADRIZ	3,740	29,022	7.8	16,576	16,576	1,436	5,367
NUEVA SEGOVIA	6,115	22,966	3.8	21,105	21,691	2,031	3,053
ESTELI	12,453	43,625	3.5	43,932	56,282	6,175	15,614
CHINANDEGA	23,050	80,863	3.5	32,134	89,436	4,326	22,254
LEON	25,622	135,550	5.3	63,774	124,614	8,951	55,795
M. OCCIDENTAL	24,199	174,342	7.2	118,510	218,879	11,054	61,743
M. CENTRAL	36,409	164,264	4.5	120,813	255,942	9,925	29,815
M. ORIENTAL	17,295	56,292	3.2	49,453	112,551	4,541	15,499
RIVAS	9,783	41,195	4.2	30,678	42,692	1,918	3,618
GRANADA	9,542	35,408	3.7	42,291	64,403	2,428	8,659
CARAZO	11,832	46,160	3.9	47,103	76,412	3,192	9,833
MASAYA	11,384	41,727	3.7	47,236	71,741	2,323	13,050
BOACO	4,256	13,687	3.2	27,811	30,597	909	4,477
CHONTALES	14,221	62,957	4.4	16,835	29,364	2,652	9,085
JINOTEGA	7,219	39,325	5.4	26,002	33,584	1,525	6,916
MATAGALPA	11,893	59,472	5.0	41,953	55,037	2,583	13,000
RAAN	5,814	23,171	4.0	13,260	13,260	590	2,666
RAAS	4,932	25,450	5.2	28,202	37,558	1,927	6,386
RIO SAN JUAN	1,470	6,181	4.2	3,192	7,686	170	0
TOTAL	241,229	1,101,657	4.6	790,860	1,358,305	68,656	286,830

Fuente: MINSA.

(*1) Se debiera usar como dato el de Ingresos, puesto que el de Egresos contiene algunos sobregistros (rec. nacidos y/o procedimientos).

(*2) Se debiera usar Días Cama o Días Paciente pues permiten reconocer el problema desde el punto de vista de la cama y el paciente.

Indicadores Básicos. Tasas de crecimiento 1992-1996 (porcentajes)

SILAIS	EGRESOS	DIAS ESTANCIA	CONS URG.	CIRUGIAS	R.X	EXS 1	EXS 2
MADRIZ	65.3	12.6	-3.5	2.2	34.3		5.7
NUEVA SEGOVIA	57.6	80.4	-22.7	86.4	107.5	116.8	93.7
ESTELI	4.8	22.8	20.6	36.1	34.5	97.8	30.1
CHINANDEGA	7.3	10.4	45.0	28.2	54.0	31.8	72.9
LEON	-15.5	-13.2	-35.2	-12.7	-9.5	40.9	25.7
M. OCCIDENTAL	13.3	33.5	-2.2	3.9	38.8	25.0	31.2
M. CENTRAL	10.0	9.1	26.2	34.6	87.6	17.65	31.6
M. ORIENTAL	15.7	11.9	68.2	54.2	4.5	62.1	10.7
RIVAS	17.0	12.8	-24.2	111.0	214.0	63.3	82.2
GRANADA	9.2	10.6	22.2	9.2	22.7	53.0	92.3
CARAZO	16.1	10.3	1.3	34.5	39.8	40.9	34.3
MASAYA	23.7	14.0	17.1	76.7	44.0	33.7	30.2
BOACO	41.8	57.2	-7.4	73.9	83.3	70.1	94.9
CHONTALES	-3.3	8.2	38.3	20.5	63.0	110.6	90.5
JINOTEGA	7.8	3.3	-6.6	71.1	-7.3	20.8	-40.0
MATAGALPA	58.7	37.7	-1.0	52.2	33.1	18.4	208.2
RAAN	57.0	81.4	80.3	25.8	65.8	47.3	107.2
RAAS	19.8	12.5	-24.4	27.7	22.6	447.3	-36.3
RIO SAN JUAN	35.4	33.9	147.1	98.2		33.3	68.5
TOTAL	14.4	16.6	10.1	29.4	36.4	44.0	32.2

Fuente: Elaboración propia.

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).