
financiamiento del desarrollo

La reforma de salud en
Nicaragua

Adolfo Rodríguez Herrera



NACIONES UNIDAS



Unidad de Estudios Especiales
Secretaría Ejecutiva

Santiago de Chile, agosto de 2006



Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, consultor de la Unidad de Estudios Especiales, de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "Desarrollo y Equidad Social en América Latina y el Caribe" (GER/01/031), ejecutado por CEPAL en conjunto con la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ). El autor agradece el apoyo recibido de diversos funcionarios del Ministerio de Salud de Nicaragua, del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y del Proyecto de Modernización del Sector Salud, así como los comentarios de Andras Uthoff, Daniel Titelman y Guillermo Cruces, de la CEPAL. Igualmente desea destacar el papel de la economista Olga Barquero Alpizar, que participó activamente en la compilación y procesamiento de información así como en diferentes discusiones sobre la estructura, la orientación y las conclusiones de la investigación y del contenido del documento, y de la estadística Jacqueline Castillo, que lo apoyó en el análisis estadístico de los resultados de la reforma hospitalaria.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4197

ISSN electrónico 1680-8819

ISBN: 92-1-322926-7

LC/L.2552-P

Nº de venta: S.06.II.G.79

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 2006. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
I. Contexto general	7
A. Situación económica	7
B. Situación demográfica	8
C. Situación de morbilidad	9
III. Organización y oferta del sector salud	11
A. Organización institucional	11
B. Infraestructura física	13
C. Recursos humanos.....	14
D. Producción de servicios	15
V. Gasto y financiamiento	17
A. Gasto	17
B. Financiamiento.....	19
V. Cobertura	21
VI. La reforma del sector salud de Nicaragua	23
A. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud.....	23
La desconcentración financiera	24
Nuevo modelo de gestión.....	25
B. Modernización hospitalaria.....	27
Deficiencias	27
El programa.....	28
Resultados de la modernización hospitalaria.....	33
Enseñanzas y riesgos para la sostenibilidad del proceso	39
C. Extensión de la cobertura de atención primaria del Ministerio de Salud	40
Descripción de los programas.....	40
Los programas de servicios de salud	41

Resultados de las intervenciones de salud primaria	44
Enseñanzas para la nueva fase en las intervenciones en salud primaria	46
Apoyo a la extensión de cobertura: las casas maternas.....	47
D. Compra de servicios de salud en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social	48
VII. Conclusiones	53
Anexo Indicadores hospitalarios por hospital, 1995-2004.....	56
Bibliografía	57
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	59

Índice de cuadros

Cuadro 1	Nicaragua: Indicadores Económicos 1990-2003.....	8
Cuadro 2	Nicaragua: Indicadores demográficos, 1995-2003.....	8
Cuadro 3	Nicaragua: Indicadores de Mortalidad, 1980-2005.....	9
Cuadro 4	Nicaragua: Mortalidad por Grupos de Causa, 2001-2003.....	10
Cuadro 5	Cargas sociales para los asegurados	13
Cuadro 6	Nicaragua: Red de servicios de Salud, MINSAs 1995-2003.....	13
Cuadro 7	Nicaragua: Red de servicios de Salud MINSAs 1995-2003.....	14
Cuadro 8	Nicaragua: Red de servicios de Salud per cápita MINSAs 1995-2003	14
Cuadro 9	Nicaragua: Producción de Servicios MINSAs 1995-2003	15
Cuadro 10	Nicaragua: Producción de Servicios per cápita del MINSAs 1995-2003	15
Cuadro 11	Nicaragua: Producción de Servicios INSS 1995-2004	16
Cuadro 12	Nicaragua: Prestación de servicios INSS per asegurado 2000-2003	16
Cuadro 13	Nicaragua: Indicadores de Gasto en Salud, en dólares1 1995-2001	18
Cuadro 14	Nicaragua: Gasto por Grupos presupuestarios por Sub-sector 2001-2003.....	18
Cuadro 15	Nicaragua: Agentes Financieros por Objeto de Gasto 2001-2003	18
Cuadro 16	Nicaragua: Fuentes de Financiamiento del Sector Salud 1995-2003.....	19
Cuadro 17	Nicaragua: Cooperación Externa Global 1995-2003.....	20
Cuadro 18	Nicaragua: Cooperación Externa MINSAs 1995-2003	20
Cuadro 19	Nicaragua: Asegurados INSS 2000-2003	21
Cuadro 20	Nicaragua: Población Régimen de EM del INSS 2004.....	22
Cuadro 21	Nicaragua: Indicadores de producción hospitalaria según año. MINSAs 1995-2003.....	34
Cuadro 22	Nicaragua: Hospitales apoyados por el proyecto de modernización.....	35
Cuadro 23	Nicaragua: promedio de indicadores según año y exposición al proyecto de reforma MINSAs: 1995-2003	35
Cuadro 24	Nicaragua: Resultados de las pruebas de variancia I de los ndicadores de gestión hospitalaria entre diferentes grupos de hospitales según tipo de reforma por periodo. MINSAs: 1995-2004	37
Cuadro 25	Nicaragua: Resultados de la prueba Bonferroni. Comparación entre grupos de hospitales según participación en reforma. MINSAs, 1995 - 2004.....	38
Cuadro 26	Diferencias y semejanzas de Las tres diferentes intervenciones.....	41
Cuadro 27	Extensión de cobertura de atención primaria, número de proveedores participantes	42
Cuadro 28	Resultados cuantitativos FONMAT 2000 - 2001	45
Cuadro 29	Programa de Nuevos Modelos de Gestión.....	45
Cuadro 30	Muertes maternas por distrito de salud con casa materna	48
Cuadro 31	Nicaragua: EMP y adscritos INSS, 1995-2004.....	50
Cuadro 32	Nicaragua: Asegurados por el INSS segun EMP 2003 -2004	51
Cuadro 33	Nicaragua: Indicadores de gestion según hospital. Ministerio de Salud, Nicaragua: 1995 – 2004.....	56

Índice de gráficos

Gráfico 1	Nicaragua: Población 2004.....	9
-----------	--------------------------------	---

Resumen

Nicaragua es uno de los países más pobres del hemisferio occidental. A pesar de la gran cantidad de ayuda externa que recibido desde la caída de Somoza, en julio de 1979, la debilidad de su institucionalidad le ha dificultado echar a andar un proyecto de desarrollo que le de un lugar en la división internacional del trabajo y que ofrezca a sus habitantes la posibilidad real de salir del nivel de pobreza en que mayoritariamente se encuentran.

El sector de salud es una de las áreas en que el país más ha avanzado y donde se han impulsado reformas con resultados relevantes y cierta posibilidad de sostenerse en el tiempo. En particular, se han dado pasos, aunque aún precarios, en la construcción institucional del Estado, requisito indispensable para que se pueda implementar políticas consistentes y sostenidas.

Nicaragua y Costa Rica han seguido caminos diferentes en la especialización de sus instituciones. Mientras que en Costa Rica el Ministerio de Salud se ha concentrado en labores de rectoría y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) constituye el principal proveedor de servicios de salud del país, en Nicaragua el principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud (MINSA), mientras que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) no posee establecimientos proveedores de servicios de salud sino que los compra para sus asegurados a empresas médicas previsionales, tanto públicas como privadas. En ese sentido, se trata del único caso de la región en que ha habido una clara separación entre la función de financiamiento y compra, por un lado, y la función de provisión de servicios, por el otro.

Al igual que Honduras, Nicaragua es receptora de grandes volúmenes de asistencia técnica del extranjero, así como de préstamos y donaciones. Sin embargo, a diferencia de Honduras, ha hecho un mayor esfuerzo por establecer reglas claras para dicha asistencia, de manera que las intervenciones financiadas con recursos provenientes del extranjero se sometan a las prioridades establecidas por el Estado y terminen siendo incorporadas dentro de la actividad ordinaria de las instituciones públicas.

La reforma ha sido especialmente exitosa en materia de expansión de la cobertura, tanto horizontal como vertical, y en materia de modernización hospitalaria. Como se verá en los capítulos siguientes, ha habido creativos programas de extensión de la cobertura, dirigidos tanto a la población más vulnerable del país como a los grupos de asalariados urbanos, así como un ambicioso programa de modernización hospitalaria que muestra resultados muy positivos, aunque su continuidad se encuentra seriamente amenazada por la inestabilidad de los cuadros gerenciales y la falta de voluntad política para consolidar el proceso de desconcentración.

I. Contexto general

A. Situación económica

La situación económica de Nicaragua es una de las peores de la región centroamericana. No sólo sufre los efectos de la devastación producida por la guerra y por diversos desastres naturales, sino que padece las consecuencias de una institucionalidad débil y de una débil tradición de transacción entre los diferentes grupos que conforman la sociedad. Por si fuera poco, la capacidad productiva del país se ve afectada por una migración masiva que lo priva de su mejor recurso humano.

Sin embargo, a pesar de las difíciles situaciones que ha debido enfrentar el país, el PIB ha logrado casi duplicarse en poco más de 10 años, al pasar de los \$2.911 millones en 1990, a \$4.320 millones en el 2003, por lo que puede decirse que el país ha presentado un crecimiento moderado por más de una década. Este crecimiento es atribuible al bajo nivel inicial de ese periodo tras 10 años de guerra, a la repatriación de capitales y a un aumento sostenido de las exportaciones. Aún así, Nicaragua sigue siendo la economía centroamericana que presenta el menor producto interno bruto.

Cuadro 1

NICARAGUA: INDICADORES ECONÓMICOS 1990-2003

Concepto	1990	1995	2000	2001	2002	2003
PIB a precios constantes millones de dolares	2 911,0	3 182,7	4 065,2	4 187,1	4 224,8	4 320,4
PIB per capita a precios constantes (\$)	735,0	710,9	820,1	827,6	818,4	820,1
Inflación	11,1	9,9	4,7	4,0	6,6	8,9
Población Económicamente activa	1 262 700	1 478 100	1 815 300	1 900 400	1 926 100	1 999 400
Tasa de Desempleo	nd	16,9	9,8	10,7	10,7	11,7

Fuente: Banco Central de Nicaragua. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2004, CEPAL

El país posee una población económicamente activa de casi 2 millones de habitantes en el 2003, y la tasa de desempleo que se presenta en relación con la PEA es de 11,7% para ese mismo año, monto que ha disminuido significativamente en relación con la tasa de casi 17% que se presentaba en 1995.

B. Situación demográfica

La población nicaragüense para el 2003 fue de aproximadamente 5,48 millones de habitantes. En los años recientes la población ha mantenido una tasa de crecimiento de 2,7% anual con una ligera tendencia a disminuir con el paso de los años. Esta pequeña disminución coincide precisamente con la disminución permanente que ha presentado el indicador de tasa de fecundidad, que pasó de 4,5 niños por mujer en 1995, a 3,7 en el 2003. Aquí es importante agregar que según la Encuesta Nacional sobre Medición de Nivel de Vida de 1998, del INEC, la tasa de fecundidad de las mujeres en extrema pobreza duplica la de las mujeres no pobres.

Cuadro 2

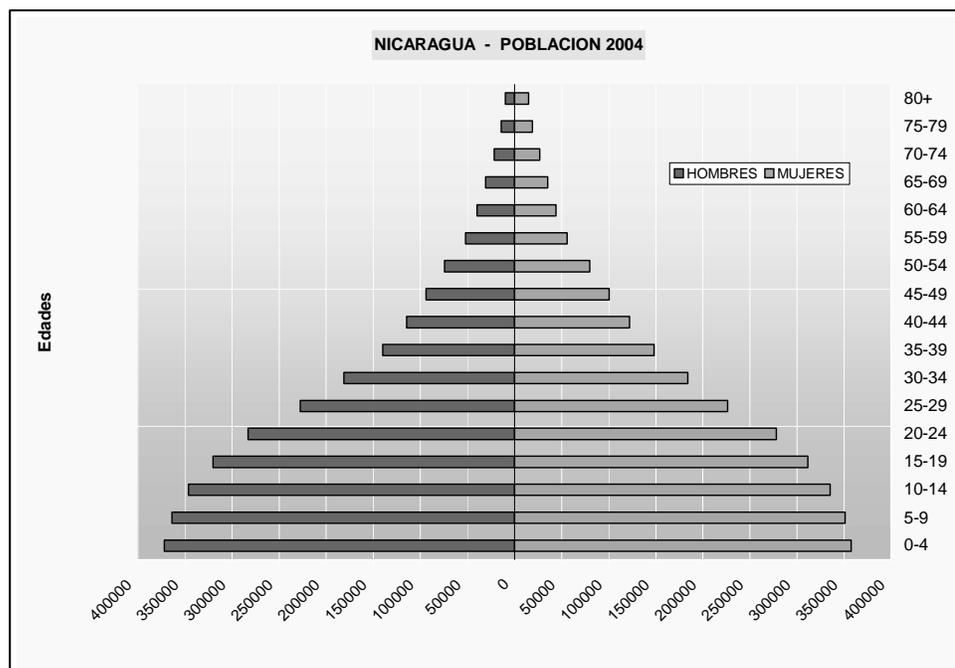
NICARAGUA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS, 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Población Total (miles)	4 426,7	4 548,8	4 674,2	4 803,1	4 935,6	5 071,7	6 205,0	5 341,8	5 482,3
Tasa de Fecundidad Global	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4	3,9	3,7	3,7
Esperanza de Vida al nacer	67,2	67,6	68	68,3	68,6	68,9	69,2	69,5	69,8
Tasa cruda de natalidad (1.000 hab)	36,4	35,9	35,3	34,6	33,8	33,1	32,3	31,6	30,9

Fuente: Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos. Banco Mundial

La mayor parte de la población nicaragüense es bastante joven, como puede verse la pirámide poblacional de Nicaragua para el 2004. Más de 65% de los habitantes son menores de 30 años, y de estos la gran mayoría tiene menos de 15 años de edad.

Gráfico 1
NICARAGUA: POBLACIÓN 2004
(Edades)



La esperanza de vida al nacer aumentó más de 2 años, de 67,2 años en 1995 a 69,8 en el 2003. Ello gracias a la importante disminución de la mortalidad general, que pasó de 10,1 por cada 1.000 habitantes en el quinquenio 1980-1985, a solo 5,2 por cada 1.000 habitantes para el primer quinquenio del siglo XXI. Los logros en materia de mortalidad más importantes se dan por la disminución de la mortalidad infantil, que se redujo a menos de la mitad en 20 años, de 80 muertes por cada 1.000 nacimientos a principios de los 80 a solo 35 muertes por cada 1.000 nacimientos en el quinquenio 2000-2005. Asimismo la mortalidad materna se redujo sustancialmente durante ese periodo, pero en particular durante los últimos 5 años, en gran medida como resultado de las políticas implementadas en el marco de la reforma del sector salud.

Cuadro 3
NICARAGUA: INDICADORES DE MORTALIDAD, 1980-2005

Concepto	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Mortalidad general (1000 hab)	10,1	8,2	6,3	5,6	5,2
Mortalidad Infantil (1000 nac)	79,8	65,0	48,0	39,5	35,5
Mortalidad Materna (100000)	125,0	121,0	106,0	118,0	87,0
Muerte Materna obstétrica (personas)	137,0	137,0	118,0	146,0	110,0

C. Situación de morbilidad

Nicaragua es el país más pobre de la región latinoamericana, y eso se manifiesta en su perfil epidemiológico. A continuación alguna información sobre las enfermedades más corrientes:

Las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar entre las causas de muerte del país. La importancia relativa de las muertes provocadas por esta causa ha venido en aumento significativamente, pasando de 21,2% en 1992 a un 26,1% del total de muertes en el 2003.

La violencia social, medida a través de muertes violentas como suicidios, homicidios, accidentes de tránsito y agresión a mujeres, ocupa el segundo lugar en importancia dentro de las causas de muerte con un 12,7% del total.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, los tumores son la principal causa de muerte entre las mujeres. Las más afectadas son aquellas con más de 35 años.

Enfermedades como la malaria y la tuberculosis han mantenido una tendencia a la baja; sin embargo, en los últimos años, el número de casos reportados de malaria ha aumentado como consecuencia del huracán Mitch.

Cuadro 4
NICARAGUA: MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSA, 2001-2003

Causas	2001	2002	2003
Circulatorias	25,2	25,4	26,1
Infecciosas	5,4	4,9	5,3
Tumores	12	11,7	11,7
Violentas	14,6	13,3	12,7
Perinatales	7,8	8,3	6,9
Maternas	0,9	0,8	0,6
Mal definidas	3,5	3,3	3,5
Otras	30,6	32,3	33,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales.

III. Organización y oferta del sector salud

A. Organización institucional

El subsector público de salud en Nicaragua está conformado por las siguientes instituciones:

El Ministerio de Salud (MINSa) es el principal prestador de servicios médicos en el país y la entidad rectora del sector en Nicaragua. Posee oficinas en cada uno de los 15 departamentos del país, encargadas de los aspectos técnicos y administrativos de la red de servicios del departamento. Estas oficinas, denominadas “Sistemas Locales de Atención Integral en Salud” (SILAIS), han venido asumiendo más competencias en el marco del proceso de descentralización.

Algunos hospitales públicos de la red del Ministerio de Salud (además de los otros dos hospitales públicos, el del Ejército y el del Ministerio de Gobernación) han creado lo que se conoce como Empresas Médicas Previsionales (EMP), a cargo de vender servicios a la seguridad social y al público en general. El 20% de las EMP existentes en el país pertenecen al MINSa.

El primer nivel de atención del MINSA está organizado a través de los centros de salud y los puestos de salud. Hay un Centro de Salud en cada municipio, con diferente capacidad resolutive: algunos tienen camas¹ y otros no. Allí se ofrece casi la totalidad de servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos, así como atención curativa general, odontología preventiva y asistencial; además se brinda atención de algunas especialidades médicas, principalmente dirigidas a mujeres y niños en las zonas donde la disponibilidad de recursos lo permite. Los puestos de salud tienen una menor capacidad resolutive; muchos de ellos son atendidos por enfermeras, aunque en algunos puede encontrarse un médico.

En el segundo nivel de atención se encuentran las clínicas y hospitales, que además brindan atención de primer nivel. Allí se brinda atención médica tanto general como especializada, ambulatoria y con internación; cuenta, además, con centros nacionales de radioterapia, oftalmología, cardiología, dermatología, psiquiatría, y el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia en Salud Pública.

El Ministerio de Gobernación cuenta con una red de servicios a través de la cual brinda atención curativa principalmente al personal del Ministerio y sus familiares, y vende servicios a través de una Empresa Médica Previsional (EMP) al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y al público capaz de pagar por ellos. Este Ministerio cuenta con una importante red de servicios a lo largo del territorio nacional. En el nivel de atención básica cuenta con 20 puestos de salud que se encargan de la atención al personal en los lugares cercanos a las áreas de trabajo del Ministerio, y en el nivel de atención especializada cuenta con 17 unidades de salud ubicadas en las cabeceras departamentales. Estas unidades ofrecen consulta general, odontología, atención prenatal y exámenes rutinarios de salud. Además cuenta con 3 hospitales en los que se realizan diagnósticos, cirugías y rehabilitación.

El Ministerio de Defensa brinda atención médica para su personal y sus familiares. Para cubrir su demanda cuenta con 9 puestos médicos, 11 puestos de salud ubicados en cada comando regional, y un hospital que cuenta con su propia EMP, que se encarga de vender servicios al INSS y a la población en general que demande privadamente sus servicios privados.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) es la entidad de la seguridad social. En Nicaragua es obligatorio para los asalariados afiliarse al seguro de invalidez, vejez y muerte así como al seguro de riesgos del trabajo; la afiliación al seguro de salud sólo es obligatoria para los asalariados que vivan donde el INSS ofrece servicios de salud. El INSS no posee una red propia de infraestructura médica, sino que contrata los servicios a las Empresas Médicas Previsionales, tanto del sector público como del sector privado, a través de contratos con pago per capita y pago de eventos. El pago a cada Empresa Médica Previsional dependerá del número de asegurados adheridos a ella. El INSS cuenta con una canasta básica de servicios que cubre al asegurado directo, a sus hijos menores de 6 años (menores de 12 años a partir de este año) y el embarazo y parto de las cónyuges (así como el cáncer de cerviz y de mama a partir de este año).

El cuadro siguiente muestra las cargas sociales para los asegurados:

¹ Los Centros de Salud con camas poseen entre 5 a 30 camas. Atienden a las madres y a los niños menores de 6 años, enfermedades transmisibles, partos y cirugías menores, y realizan actividades de educación sanitaria.

Cuadro 5
CARGAS SOCIALES PARA LOS ASEGURADOS
(Porcentajes)

	Régimen Integral ¹	IVM - RP	Voluntario
Trabajador	6,25	4,25	18,25
Patrono	15	9,00	-
Estado	0,25	-	0,25
TOTAL	21,50	13,25	18,50

¹ El régimen integral es el conformado por los tres seguros, y es obligatorio los asalariados que habitan zonas donde el INSS ofrece servicios de salud.

B. Infraestructura física

La red de servicios de salud en Nicaragua, está compuesta por la infraestructura perteneciente al sector público y la del sector privado. En el caso del sector público la infraestructura existente está conformada por los servicios de salud del Ministerio de Defensa, del Ministerio de Gobernación y el Ministerio de Salud de Nicaragua, que es el que cuenta con el mayor número de establecimientos para la atención médica. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social no cuenta posee establecimientos proveedores de servicios de salud propios, sino que para la atención de sus asegurados contrata los servicios de otros proveedores. La red del Ministerio de Salud está conformada por un total de 1076 establecimientos de salud, divididos en dos niveles de atención:

Primer Nivel de Atención: 25 Centros de Salud con cama, 150 Centros de Salud sin cama 868 Puestos de Salud, para un total de 1043 establecimientos proveedores de servicios.

Segundo Nivel de Atención: 28 hospitales para enfermedades agudas, ubicados a lo largo del territorio, 4 hospitales para enfermedades crónicas y una policlínica, para un total de 33 centros.

Cuadro 6
NICARAGUA: RED DE SERVICIOS DE SALUD, MINSA 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Primer nivel de Atención	856	940	914	942	964	1 005	1 025	1 047	1 043
Centros de Salud con cama	27	23	24	24	25	25	26	26	25
Centros de Salud sin cama	139	136	140	140	152	147	150	152	150
Puestos de Salud	690	781	750	778	789	833	849	869	868
Segundo nivel de atención	30	30	30	30	32	32	33	33	33
Hospitales Agudos	25	25	25	25	27	27	28	28	28
Hospitales Crónicos	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Policlínicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	886	970	944	972	996	1 037	1 058	1 080	1 076
Número de camas	4 964	5 050	5 092	5 115	5 092	5 052	5 023	5 031	5 029

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA.

El Ministerio de Defensa, para la atención de su personal, cuenta con un hospital y 9 puestos de salud, ubicados cada uno en un comando regional. El hospital, llamado Hospital Alejandro Dávila Bolaños, posee una Empresa Médica Previsional (EMP) que vende sus servicios al INSS y a la población en general.

Finalmente, el Ministerio de Gobernación cuenta con 20 puestos de salud que se encuentran cercanos a los lugares de trabajo del Ministerio, para atender únicamente a sus trabajadores.

Por su parte, en relación con el sector privado, a pesar de que sigue vigente la ley creadora del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS)², a principios de la década del noventa emerge una serie de Empresas Médicas Previsionales en su mayoría de régimen privado, dedicadas a prestar servicios especialmente al INSS. Existen además clínicas y hospitales que brindan servicios a las familias. Algunos organismos no gubernamentales (ONG) se han venido consolidando en la prestación de servicios de salud a la población, como es el caso de PROFAMILIA que cuenta con una red de clínicas a nivel departamental, que brindan aproximadamente el 5.5% de los servicios de salud a nivel nacional³.

C. Recursos humanos

El Ministerio de Salud tenía en planilla a finales del 2003 un total de 2,076 médicos de las diferentes especialidades, 247 odontólogos, 1,705 enfermeras y 4,228 auxiliares de enfermería. La caída en el número de médicos guarda relación con el auge del sector privado, que ha venido creciendo aceleradamente en los últimos años, en parte bajo el estímulo de las compras de servicios realizadas por el INSS. A partir del año 2000 comienza a haber un repunte en el número de enfermeras, como resultado de los planes de extensión de cobertura en la atención materno-infantil.

Cuadro 7
NICARAGUA: RED DE SERVICIOS DE SALUD MINSa 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Médicos	3 436	3 404	3 621	3 502	1 984	2 019	2 132	2 066	2 076
Odontólogos	435	327	317	259	239	239	242	245	247
Enfermeras	2 658	1 307	1 426	1 485	1 490	1 544	1 114	1 687	1 705
Auxiliares de Enfermería	4 403	5 300	5 189	5 029	4 560	4 496	4 348	4 386	4 228

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA.

Por su parte el INSS no cuenta con personal médico a cargo de brindar servicios de atención a la población. Un pequeño número de médicos cumplen funciones de supervisión sobre las Empresas Médicas Previsionales que le venden servicios de atención para sus asegurados. A finales de 2003 contó con 89 personas contratadas en la Dirección Superior, 604 en la Administración Central y 517 en los Departamentos Gerencial, para un total de 1210 empleados. Del total de empleados un 46% se encuentran ubicados en las oficinas departamentales que posee el INSS a lo largo del territorio nacional.

Cuadro 8
NICARAGUA: RED DE SERVICIOS DE SALUD PER CÁPITA MINSa 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Médicos (1000 hab)	0,78	0,75	0,77	0,73	0,40	0,40	0,34	0,39	0,38
Odontólogos (1000 hab)	0,10	0,07	0,07	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05
Enfermeras (1000 hab)	0,60	0,29	0,31	0,31	0,30	0,30	0,18	0,32	0,31
Auxiliares de Enfermería (1000 hab)	0,99	1,17	1,11	1,05	0,92	0,89	0,70	0,82	0,77

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA.

² Decreto 35, Gaceta 4 de agosto de 1979.

³ Ministerio de Salud. División General de Planificación y Desarrollo. Cuentas Nacionales en Salud. Informe 1995-2001. Diciembre 2002.

En relación con la cantidad de recurso humano que posee el Ministerio de Salud para la atención de la población, puede observarse que entre 1995 y 2003 la cantidad de médicos existente por cada mil habitantes ha venido reduciéndose paulatinamente. Esto corresponde con el aumento en el número de médicos que brindan servicios en el sector privado.

D. Producción de servicios

La producción de servicios del Ministerio de Salud muestra los efectos positivos que ha tenido la reforma de salud sobre la atención de la población. Como puede verse en los cuadros siguientes, a partir del año 2001 ha conseguido revertirse la tendencia a la caída en el número de consultas, de controles y de recetas por habitante. Especialmente llamativo es el aumento en los controles, debido a la alta prioridad dada a la atención del embarazo y al control del cuello uterino. Este aumento en la producción se opera al mismo tiempo que ha disminuido la cantidad de personal médico y paramédico del MINSA, lo cual revela un uso mucho más eficiente de los recursos humanos.

Cuadro 9
NICARAGUA: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MINSA 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Consultas médicas	6 787 830	6 742 305	7 006 248	6 114 624	7 762 066	7 148 886	7 089 979	7 449 789	
Recetas	7 455 465	8 127 263	8 075 532	7 622 863	8 830 642	8 906 636	8 785 627	9 214 193	
Controles	2 073 991	2 200 340	2 390 300	2 456 532	3 007 515	2 906 921	3 089 572	3 124 615	
Hospitalizaciones	356 420	352 034	363 418	324 133	284 893	291 279	286 093	276 608	
Exámenes de laboratorio	4 917 328	4 902 385	5 450 861	4 819 164	5 677 318	5 860 997	6 157 089	5 782 168	

Fuente: Oficina de Estadística-DGPD-MINSA.

En el caso de los controles es importante destacar que el número de controles per capita pasó de 0,47 a 0,57, lo que refleja la importancia que está teniendo para el Ministerio el aumento de los controles periódicos, en especial en el caso de las mujeres, para reducir los altos porcentajes de mortalidad femenina por tumores.

Cuadro 10
NICARAGUA: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS PER CÁPITA DEL MINSA 1995-2003

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Consultas médicas	1,53	1,48	1,50	1,27	1,57	1,41	1,14	1,39	1,39
Recetas	1,68	1,79	1,73	1,59	1,79	1,76	1,42	1,72	1,70
Controles	0,47	0,48	0,51	0,51	0,61	0,57	0,50	0,58	0,57
Hospitalizaciones	0,08	0,08	0,08	0,07	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05
Exámenes de laboratorio	1,11	1,08	1,17	1,00	1,15	1,16	0,99	1,08	1,07

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Oficina de Estadística-DGPD-MINSA.

Por su parte, el INSS ha venido expandiendo su atención a la población asegurada. Entre 1995 y el 2003 el número de consultas para los asegurados directos e indirectos se cuadruplicó y el de hospitalizaciones se multiplicó por 10. Lo mismo sucede con el número de exámenes de laboratorio, exámenes especiales, imagenologías y prescripciones médicas.

Cuadro 11

NICARAGUA: PRODUCCIÓN DE SERVICIOS INSS 1995-2004

Años	Total consulta externa	Total Hospital.	Días de Estancia
1995	468 197	6 089	9 612
1996	752 243	12 593	31 695
1997	1 160 172	20 811	53 051
1998	1 335 983	26 154	62 932
1999	1 600 121	32 543	79 887
2000	1 725 057	37 075	86 522
2001	1 864 336	38 232	88 970
2002	2 008 924	38 919	91 088
2003	2 279 921	42 984	98 609
2004	2 468 656	44 831	102 353

Fuente: División de Planificación, INSS.

Si se realiza el análisis por asegurado, es posible observar que las personas aseguradas reciben una mejor atención que el promedio nacional: 3.4 exámenes del laboratorio por año frente a 1; 18,3 prescripciones por asegurado frente a 1,7; 0,13 hospitalizaciones frente a 0,05; y 8 consultas médicas frente a 1,4.

Cuadro 12

NICARAGUA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS INSS PER ASEGURADO 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Exámenes de Laboratorio	3,68	3,63	3,18	3,40
Exámenes Especiales Anatomía Patológica	0,17	0,17	0,16	0,16
Exámenes Especiales Imagenología, en dos, E.K.G	0,38	0,35	0,32	0,37
Prescripciones	14,38	14,52	12,93	18,81

Fuente: Elaboración propia con datos de la División de Planificación, INSS.

V. Gasto y financiamiento

A. Gasto

El gasto en salud como proporción del PIB ha venido creciendo en los últimos años, principalmente por el esfuerzo financiero realizado por el Estado en la reforma del sector. El gasto de las familias se ha mantenido relativamente constante, alrededor de los US\$ 27 per capita.

En el año 2003 el sector público efectuó el 56,6% del gasto total en salud. La mayor parte del gasto del sector público corresponde con servicios personales, a saber, las remuneraciones del personal médico y paramédico a cargo de la atención de salud. En el caso del gasto del sector privado, la mayor parte corresponde a materiales y suministros, debido al peso que tienen las farmacias privadas. Aquí es importante destacar el casi nulo gasto que realiza el sector privado en infraestructura, mientras que el sector público destina poco más del 5% de su gasto en este rubro.

Cuadro 13
NICARAGUA: INDICADORES DE GASTO EN SALUD, EN DÓLARES¹ 1995-2001
(Unidad de medida indicada en cada fila)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gasto en Salud per cápita de los hogares (\$)	24,0	24,5	24,2	27,0	30,4	27,8	27,7	29,1	27,8
Gasto Sector Salud (%PIB)	n.d.	nd	6,4	6,8	6,4	7,0	7,0	7,5	7,9
Gasto de Salud de Hogares (%PIB)	3,3	3,4	3,3	3,6	3,6	3,6	3,6	3,9	3,7

Fuente: Fuente: Calculado a partir de cifras de Cuentas Nacionales de Salud 1995-2001 y 2003, MINSA.

¹ Las cifras se han dolarizado utilizando el promedio anual del tipo de cambio, calculado por el Banco Central de Nicaragua.

Cuadro 14
NICARAGUA: GASTO POR GRUPOS PRESUPUESTARIOS POR SUB-SECTOR 2001-2003

	2001		2002		2003	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Servicios Personales	21,4	9,6	21,9	9,1	22,7	7,7
Servicios No personales	7,2	8,0	9,7	7,6	11,5	5,5
Materiales y Suministros	18,1	28,4	15,8	30,8	16,5	30,0
Infraestructura	6,6	0,1	4,3	0,1	5,2	0,2
Transferencias Corrientes	0,6		0,7		0,7	
Gasto Total	53,9	46,1	52,4	47,6	56,6	43,4

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, MINSA.

La distribución del gasto público en salud entre las diferentes instituciones que funcionan como agentes financieros del sector, es presentada en el cuadro siguiente:

Cuadro 15
NICARAGUA: AGENTES FINANCIEROS POR OBJETO DE GASTO 2001-2003

	MINSA			INSS			Otros Ministerios		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Servicios Personales	14,9	18,1	18,9	4,4	2,4	1,7	2,1	1,4	2,3
Servicios No personales	3,7	6,4	5,6	2,7	5,8	5,2	0,8	0,5	0,4
Materiales y Suministros	7,5	7,9	9,1	8,8	7,0	7,0	1,9	0,9	0,5
Infraestructura	5,4	1,7	3,9	1,0	2,5	1,2	0,1	0,1	0,1
Transferencias Corrientes	0,6	0,7	0,7						
Gasto Total	32,1	34,8	38,2	16,9	14,7	15,1	4,9	2,9	3,3

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, MINSA.

El MINSA efectúa el 38,2% del gasto en salud y dos terceras partes del gasto público en salud. El aumento en los gastos personales en el gasto del MINSA obedece a reajustes en el salario mínimo, una compensación por antigüedad a sus trabajadores, pago a médicos que están en zonas de extrema pobreza, entre otros. El rubro de transferencias corrientes es realizado solamente por el MINSA y corresponde a becas que ofrece el ministerio a estudiantes de medicina que se encuentran en su periodo de servicio social en los establecimientos de primer nivel de atención, así como a la transferencia del Centro de Insumos de Salud (CIPS).⁴

Por su parte, el INSS realiza el 15,1% del gasto del sector público, lo cual representa poco menos del 30% del gasto público en salud. La mayor parte de ese gasto es para servicios no personales y para suministros, lo que es compatible con el hecho de que no tiene en planilla personal paramédico a cargo de dar directamente los servicios de salud.

B. Financiamiento

Existen 3 fuentes de financiamiento para el sector salud en general:

Fuentes de financiamiento privadas. La mayor parte de los recursos que financian el gasto en el sector salud provienen del sector privado, y en particular de los hogares, que ponen de su bolsillo alrededor del 50% de todos los recursos destinados a financiar el gasto del sector salud. Estos recursos se destinan a seguros de salud, consultas y tratamientos privados, medicamentos. La participación tan alta de las fuentes privadas en el financiamiento del gasto en salud es consistente con lo observado en otros países de escaso desarrollo o donde el Estado tiene una participación marginal en la protección de su población.

Fuentes de financiamiento públicas. Se trata de la recaudación fiscal y de los llamados "Recursos de Alivio Interno", que constituyen recursos del presupuesto nacional que estaban destinados a pagar deuda externa condonada por los acreedores a condición de que se usara en determinados campos, como salud. Los recursos obtenidos de estas dos fuentes se transfieren por asignación presupuestaria del gobierno a los Ministerios de Salud, Gobernación y Defensa y a otras instituciones públicas, a través del Ministerio de Hacienda. Ocupan el segundo nivel de importancia en los aportes totales al sector salud, y para el año 2003 representaron el 32,6% del total de las fuentes de financiamiento.

Cuadro 16
NICARAGUA: FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD 1995-2003
(Porcentajes)

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Privada	46,8	39,6	56,9	36,2	59,4	58,5	59,0	60,8	57,3
Hogares							51,8	52,2	46,8
Empresas							7,2	8,6	10,5
Pública	34,0	45,2	32,2	52,7	30,6	33,8	31,8	31,5	32,6
Fiscales							31,8	28,7	26,1
Alivio Interno 1/								2,8	6,5
Cooperación Externa	19,2	15,2	10,9	11,1	10,0	7,7	8,5	7,5	10,0
Otras Fuentes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud, Ministerio de Salud, Nicaragua.

¹ Recursos fiscales para pago de deuda externa condonada por los acreedores.

⁴ Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales en Salud 2003.

Finalmente, se encuentra la cooperación externa, constituida por préstamos y donaciones de organismos internacionales. Estos recursos representaron en el 2003 un 10% del financiamiento del sector.

Cuadro 17
NICARAGUA: COOPERACIÓN EXTERNA GLOBAL 1995-2003
(Millones de pesos)

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Donaciones	333,2	286,9	273,4	240,7	283,3	296,4	291,0	2,004,9
Préstamos	260,5	205,7	173,8	252,2	271,4	195,7	202,8	1,562,1
Total	593,7	492,6	450,2	492,6	554,7	492,1	493,8	3,569,7

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2003.

Los ingresos recibidos por concepto de donaciones o préstamos se han mantenido a niveles bastante altos. Entre 1995 y 2001 el país recibió de aproximadamente 45 organismos un total de US\$ 3.570 millones, de los cuales alrededor del 52% provino de fuentes bilaterales y un 48% de fuentes multilaterales. Según el Informe de Cuentas Nacionales del MINSA, cerca del 28% de estos recursos ha sido invertido en el Sector Social, especialmente en programas de Salud y Educación para la atención de la población más vulnerable. El Ministerio de Salud recibió en los 8 años un total de US\$ 286,5 millones, de los cuales la mayor parte corresponde a donaciones (62%).

Cuadro 18
NICARAGUA: COOPERACIÓN EXTERNA MINSA 1995-2003
(Millones de pesos)

Concepto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Donaciones	25,4	10,3	24,2	27,6	19,6	24,5	18,7	10,1	17,4	177,8
Préstamos	24,1	31,8	4,8	3,5	4,8	8,9	9,1	9,6	12,0	108,6
Total	49,5	42,1	29,0	31,1	24,4	33,4	27,8	19,8	29,4	286,5

Fuente: Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2003.

V. Cobertura

Como se ha dicho, el MINSA es el principal proveedor de servicios de salud del país. Según el informe de cuentas nacionales de salud, su red es accesible aproximadamente al 70% de la población total del país, a la cual brinda gratuitamente un paquete básico de servicios ambulatorios y hospitalarios. Por su parte, el Instituto Nicaragüense de Seguridad brinda un seguro de salud obligatorio para la población asalariada residente en las zonas donde el INSS cuenta con proveedores de servicios de salud. A ese seguro pueden igualmente afiliarse los trabajadores independientes y cualquier persona interesada en hacerlo. El siguiente cuadro muestra la evolución reciente en número de asegurados directos:

Cuadro 19
NICARAGUA: ASEGURADOS INSS 2000-2003

Concepto	2000	2001	2002	2003
Asegurados en el sector público	72 930	79 952	115 255	110 819
Asegurados en el sector privado	159 767	169 687	196 245	209 156
Total de asegurados	232 697	249 639	311 500	319 975
PEA	1 815 300	1 900 400	1 926 100	1 999 400
% cobertura	13%	13%	16%	16%

Fuente: Anuario Estadístico 2003 INSS.

La mayor parte de los asegurados que posee el INSS pertenecen al sector privado. Entre los trabajadores del sector público, están eximidos de aseguramiento en salud los trabajadores del Ministerio de Gobernación y los del Ministerio de Defensa, quienes reciben atención médica de los centros de salud y hospitales pertenecientes a estos ministerios.

A finales del año 2004 el INSS había alcanzado la suma de 458,844 asegurados directos. A ellos se suman los niños menores de 12 años y los cónyuges, para servicios de obstetricia y cáncer de mama y de la cerviz. Hasta mediados del 2004 solo eran cubiertos los hijos menores de 6 años y la pareja sólo para servicios de obstetricia. Con la extensión de la edad de los niños aumentó la cobertura en 125.000 niños que se suman a los 180.000 menores de 6 años que ya cubría el seguro. Entre esposas o compañeras e hijos el numero de asegurados familiares alcanzó los 522.791 habitantes, es decir, que para el 2004 el INSS brindó cobertura a cerca de un millón de personas.

Cuadro 20
NICARAGUA: POBLACIÓN RÉGIMEN DE EM DEL INSS 2004

Tipo de asegurado	Número
Asegurados directos	458 844
Asegurados familiares	522 791
Esposas	220 351
Hijos	302 440
Total de asegurados	981 635

Fuente: Boletín estadístico 2004. INSS.

Aunque el nivel de aseguramiento de la PEA es relativamente bajo (un 16%), el INSS ha venido haciendo esfuerzos exitosos por aumentar la cobertura, ya sea contratando proveedores de servicios de salud allí donde el seguro no tenía ninguna presencia, ya sea desarrollando programas específicos para captar a trabajadores independientes. Más adelante se hará referencia a estos programas.

VI. La reforma del sector salud de Nicaragua

La reforma del Ministerio de Salud tiene tres grandes componentes. En primer lugar, el fortalecimiento institucional, cuyo principal objetivo es aumentar la capacidad de gestión de la institución, crear condiciones para la descentralización administrativa y consolidar el papel del Ministerio en su función de rector del sector salud. En segundo lugar, la modernización hospitalaria, que incluyó un plan piloto en 8 hospitales que se encuentra en fase de generalización al resto de la red. Y en tercer lugar, un programa de extensión de la cobertura de los servicios de atención primaria, con énfasis en la lucha contra la mortalidad materno-infantil. A continuación se hace una reseña de cada uno de estos componentes de la reforma.

A. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud

El proceso de fortalecimiento institucional del Ministerio ha tenido dos componentes con efectos reales sobre su funcionamiento: (i) la desconcentración financiera del Ministerio y (ii) la descentralización de la gestión de los servicios, a través de los compromisos de gestión.

La desconcentración financiera

Este componente de la reforma tiene el objetivo transferir a las unidades regionales y a las unidades operativas competencias en materia de formulación y ejecución del presupuesto, así como aumentar su capacidad de planificación estratégica. El proceso se limita a la formulación y ejecución del presupuesto. La mayor parte de los ingresos de las unidades operativas resulta de la transferencia por el Ministerio de Hacienda de fondos públicos; una pequeña parte, denominada “ingresos propios”, proviene de la venta de servicios, tanto al público como al INSS por la atención de los asegurados. Con anterioridad, los recursos provenientes del Ministerio de Hacienda eran presupuestados en su totalidad en las oficinas centrales del MINSA, y las unidades operativas disponían con entera libertad de los “ingresos propios”. En la actualidad los proyectos de presupuesto son elaborados por las unidades operativas, tanto para los fondos centrales como para los ingresos propios, en el marco de un proceso de planificación que se pretende integral. Ello ha implicado que todos los ingresos propios ingresen a una caja única, a partir de lo cual deben seguirse todos los procedimientos establecidos para la ejecución del gasto, lo cual ha mejorado el control aunque limitado la flexibilidad en el uso de esos recursos. Existen los instrumentos para que las unidades proveedoras realicen el control presupuestario y para que transfieran fondos desde unas partidas hacia otras con relativa flexibilidad, y poco a poco dichas potestades van siendo asumidas.

El proceso ha sido exitoso, pues en todas las 52 unidades ejecutoras se ha implantado el nuevo proceso de presupuesto y ha habido un fortalecimiento de las unidades administrativas correspondientes. Esto se manifiesta en un aumento significativo en la capacidad de ejecución presupuestaria de la institución, así como en un control presupuestario mucho más transparente. No obstante, existen importantes limitaciones.

En primer lugar, aunque la elaboración del presupuesto y del plan operativo anual (POA) se ha integrado, no ocurre lo mismo con la negociación de los compromisos de gestión, que tiene lugar en un periodo del año diferente y sin que las autoridades centrales tengan en cuenta el POA. Los compromisos de gestión, como se verá más adelante, se han transformado en los últimos años en el principal instrumento para orientar el desarrollo de los establecimientos proveedores de servicios de salud (SINAIS, Hospitales, Clínicas y Centros de Salud), que concentran sus esfuerzos prioritariamente en el cumplimiento de las metas allí establecidas. Un desafío que tiene la institución es integrar los compromisos de gestión con el proceso anual de planificación y elaboración del presupuesto. Ello, sin embargo, requeriría de cambios aún más profundos en la organización institucional y en sus procesos administrativos, tales como (i) el desarrollo de una contabilidad de costos que permita vislumbrar mejor el retorno de los recursos gastados a lo largo de la red, (ii) una separación más radical entre la función de provisión de servicios y la función de compra que permita asignar los recursos en el marco de una mejor optimización de los resultados y (iii) continuar avanzando en la transferencia de potestades y de responsabilidades a los establecimientos proveedores de servicios de salud.

En segundo lugar, aunque los establecimientos proveedores de servicios de salud se han incorporado activamente al proceso de elaboración del presupuesto, su ámbito real de decisión es muy reducido, dada la estructura misma del presupuesto y los compromisos institucionales: alrededor del 92% del presupuesto corresponde a partidas sobre las cuales dichas unidades no tienen mayor control (65% de servicios personales, 10% de servicios básicos, 17% de insumos médicos), y sólo un 8% a gastos operativos sobre los que podría haber algún tipo de capacidad decisoria. Casi todos los pagos son tramitados por la administración central y realizados directamente por el Ministerio de Hacienda a través de la Tesorería Nacional; sólo el 30% de los gastos operativos, que corresponde a menos del 2,5% del presupuesto, es tramitado directamente por los establecimientos proveedores de servicios de salud, para lo cual cuentan con un fondo

rotatorio que es liquidado periódicamente contra la presentación de la documentación correspondiente. Esta estructura del presupuesto y la forma de tramitar los pagos tienen como consecuencia que en lo fundamental se siga presupuestando con base histórica y que la ejecución del presupuesto sea muy inflexible. Sobre la base histórica del presupuesto se volverá a discutir los compromisos de gestión.

Nuevo modelo de gestión

En 1991 el MINSA inició un proceso de reforma tendiente a transformar su modelo de gestión de los servicios de salud, basado en la regionalización y la subdivisión por áreas de salud, hacia los SILAIS, cuya estructura se ajusta a la división político administrativa a nivel departamental y municipal. El SILAIS constituye una unidad intermedia entre la administración central y los establecimientos proveedores de servicios de salud. En un principio tenía la responsabilidad de los Centros de Salud y los Puestos de Salud, y paulatinamente ha asumido igualmente la responsabilidad sobre las clínicas y los hospitales de su Departamento.

A este proceso se superpuso a partir del año 2000 la introducción de los Compromisos de Gestión, que se han transformado en un instrumento clave dentro del proceso de reforma y modernización del Ministerio y de su red. En el año 2003 se logró la firma de convenios de gestión con 6 SILAIS y 8 hospitales; en el 2004 se llegó a extender el instrumento a 17 SILAIS y a todos los hospitales. A su vez, los SILAIS firmaron convenios con 45 Centros de Salud municipales en el 2003, cifra que pasó a 152 Centros de Salud en el 2004. En este último año se dio un cambio muy importante, ya que a partir de ese año los convenios con los hospitales no fueron firmados entre estos y la administración central sino entre los hospitales y los SILAIS, lo cual vino a fortalecer a los SILAIS como unidad de planificación local y a sentar mejores bases para el avance del proceso de descentralización. Adicionalmente, se ha ido generalizando la práctica de que los directores de los establecimientos (sobre todo en los hospitales) firmen compromisos de gestión con las jefaturas de los diferentes servicios.

Los Compromisos de Gestión constituyen un instrumento para transformar las prácticas de los establecimientos proveedores de servicios de salud a través de un nuevo conjunto de incentivos. En un contrato puro de compra de servicios los riesgos financieros de la gestión se trasladan a la unidad empresarial y los incentivos de ésta tienden a alinearse con los resultados financieros; de allí que el comprador vincule el pago a una serie de indicadores de producción y calidad del servicio cuyo cumplimiento exige el desarrollo de sólidos sistemas de información y de supervisión. En el compromiso de gestión la transferencia de riesgos a los gestores puede ser de diferentes grados y los incentivos no necesariamente quedan vinculados a los resultados financieros; de allí que a las dificultades de los contratos puros –el diseño del juego de indicadores de producción y de calidad así como el desarrollo de los sistemas de información y de supervisión– viene a sumarse la de diseñar un sistema de transferencia de riesgos y de incentivos a los establecimientos proveedores que articule adecuadamente los intereses del “seudo-comprador” y los del establecimiento proveedor.

El contenido de los compromisos ha venido siendo mejorado. En un principio los compromisos contenían casi exclusivamente metas de proceso, como por ejemplo la realización de un programa de capacitación, la organización de ciertos comités o la elaboración de determinados procedimientos, en vez de metas de producción y de resultados. Con el paso del tiempo se han introducido compromisos de producción (volumen de prestaciones) y de calidad (indicadores de calidad en las prestaciones), además de indicadores de gestión y de organización. Ha sido necesario implantar nuevos procedimientos de registro, con lo cual algunos indicadores han tendido a deteriorarse porque muchos eventos antes no se registraban o se registraban mal. En el anexo se

presenta la evaluación de los compromisos de gestión para los hospitales que han experimentado un proceso de modernización.

La evaluación oficial del programa, realizada con base en entrevistas e instrumentos de opinión, revela que desde el punto de vista del nivel local, se percibe como muy positiva la introducción del instrumento de los compromisos de gestión, ya que ha permitido percibir de mejor manera las expectativas y los objetivos de la administración central, ha aportado capacitación al personal y ha creado un sentimiento de logro grupal y personal que ha redundado positivamente en los resultados alcanzados.⁵ Aunque los resultados del programa de compromisos de gestión son positivos a nivel local, lo cierto es que para que siga avanzando es indispensable que se produzcan profundos cambios en la institución.

En primer lugar, la administración central del MINSA debe avanzar en la especialización de las funciones de asignación de recursos (“compra de servicios”) y provisión de servicios. Actualmente la elaboración de los compromisos de gestión y su evaluación es realizada por un grupo colegiado y sin dedicación exclusiva, que está integrado por funcionarios de diversas áreas. Este equipo ha conseguido implantar de manera muy exitosa el programa, pero se requiere al menos que se constituya una unidad especializada a cargo de diseñar, negociar y evaluar los compromisos de gestión. Esto debería sustentarse en el desarrollo de sólidos sistemas de información para el apoyo del rol comprador y para la evaluación de los resultados. Dicho sistema requeriría de una contabilidad de costos que permita monitorear el costo de los diversos servicios y eliminar –o al menos explicitar– los subsidios cruzados a la hora de su venta.

En segundo lugar, es necesario vincular el presupuesto al resultado de los establecimientos, a sus planes operativos y a los compromisos de gestión. Hasta ahora se ha hecho un esfuerzo por vincular el proceso de planificación con el proceso de elaboración del presupuesto. El esfuerzo adolece de dos deficiencias. Por una parte, la vinculación entre la planificación y el presupuesto es muy formal, ya que como se dijo el margen con que cuentan los establecimientos para transformar sustancialmente su presupuesto es muy limitado, de manera que en la práctica sigue imperando el presupuesto sobre base histórica. Por otra parte, ni la planificación ni la elaboración del presupuesto guardan relación con los compromisos de gestión, que son diseñados y negociados por equipos diferentes e incluso en otra época del año, de manera que hay inconsistencias entre su contenido y el de los planes operativos anuales. Que una parte del presupuesto responda a los resultados de producción, ya sea por evento o per capita, según el nivel de atención de que se trate, podría ir en esa dirección. Ello debería implicar, no obstante, reasignaciones de recursos humanos que exigen una estrategia de largo plazo para su adecuada gestión.

En tercer lugar, relacionado con lo anterior, es necesario que haya una transferencia efectiva tanto de incentivos como de riesgos hacia los establecimientos proveedores de servicios. En este momento el único riesgo que se ha transferido a los establecimientos es el de prestigio, gracias a la política de divulgación de resultados de los compromisos de gestión: el prestigio del equipo directivo de los establecimientos se ve cuestionado frente a los colegas y la población si los resultados son peores que los de otros establecimientos semejantes, y ello ha introducido un elemento competitivo que ha jugado un papel central en el proceso de modernización. Sin embargo, se trata de una transferencia de riesgo muy limitada, cuyos efectos en el tiempo no son sostenibles. Ciertamente castigar por la vía del presupuesto puede agravar las condiciones de los peores establecimientos, pero es necesario establecer alguna forma de sanción sobre los establecimientos que no cumplen con sus compromisos. Por otra parte, el incentivo pecuniario que se estableció al inicio de los compromisos para los establecimientos, los servicios y los funcionarios que mejor cumplieran con los compromisos de gestión, fue eliminado por el gobierno que ingresó en el 2002. Su eliminación guarda relación con la preocupación de las nuevas autoridades de eliminar todos los

⁵ Fernando Marín [2004], p 63

mecanismos que pudieran prestarse a favoritismos o formas de corrupción. Los incentivos estaban aún en una fase de prueba y los sistemas de evaluación del desempeño en que se basaba su otorgamiento debían ser mejorados, como en general todo el sistema de evaluación y monitoreo del MINSA; sin embargo, habían jugado un papel muy estimulante entre los funcionarios, que podían recibir un incentivo de hasta cuatro veces su salario.

B. Modernización hospitalaria

Como se ha dicho, la mayor parte de los hospitales públicos pertenecen al Ministerio de Salud, que atiende con ellos a la población en general y vende productos diferenciados al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. A pesar de que a lo largo de la última década se han hecho diversos esfuerzos por descentralizar las responsabilidades gerenciales, administrativas y presupuestarias, traspasándolas a los SILAIS y los Hospitales, lo cierto es que la mayor parte del presupuesto sigue centralizado, el sistema de asignación de los recursos no está ligado al rendimiento, no se ha generalizado la implementación de herramientas modernas de gestión y la administración central del MINSA aún controla la mayor parte de las funciones administrativas.

No obstante, a partir del año 2000 se ha iniciado un proceso de modernización en un conjunto de 6 hospitales, algunos de cuyos componentes se han extendido a otros 8 más. El proceso ha sido altamente exitoso, tanto en su diseño como en sus principales resultados, como se verá a continuación.

Deficiencias

De acuerdo con diversos diagnósticos realizados,⁶ los hospitales públicos de Nicaragua adolecen de una serie de deficiencias.

En primer lugar, el acceso a los servicios de salud es limitado, particularmente en las zonas más pobres del Norte y de la Costa Atlántica. Ello se ha agravado en la década de los años 90 debido al debilitamiento general sufrido por la red de atención y a la falta de articulación de los niveles de atención. El principal síntoma es la saturación de los servicios de emergencias y de consulta externa de los hospitales ante la baja capacidad resolutive de las unidades del primer nivel de atención (horarios de atención reducidos, falta de insumos, etc.).

En segundo lugar, la gestión de los hospitales es deficiente. Los hospitales públicos no cuentan con instrumentos de gestión ni de información que les permitan conocer sus costos y desarrollar una cultura de calidad, y en su mayoría están administrados por personal con escasa formación en gestión. Los hospitales han trabajado con presupuestos históricos sin relación con la productividad, lo cual dificulta la focalización de acciones hacia la población vulnerable. La venta de servicios diferenciados al público y al IHSS pretendía paliar el déficit presupuestario, pero la ausencia de normas y controles ha producido arbitrariedades en la utilización de fondos, subsidios cruzados y la descapitalización de los hospitales. La gestión de los recursos humanos se encuentra centralizada y desvinculada de las necesidades de la población y del desarrollo de los hospitales en particular, y no existe un sistema de incentivos que vincule la asignación de los fondos a indicadores de productividad y calidad ni se sanciona la mala praxis o la negligencia. La infraestructura hospitalaria está obsoleta y los equipos y el instrumental hospitalario no funcionan adecuadamente por falta de presupuesto y de recursos humanos para un mantenimiento eficaz. Finalmente, los sistemas de información son deficientes, sin adecuados procedimientos de registro y con tecnología obsoleta, y aunque se genera mucha información, el análisis de los indicadores hospitalarios es mayormente descriptivo y aislado del entorno hospitalario.

⁶ Diagnóstico de la Situación Hospitalaria en Nicaragua. Dirección II Nivel MINSA 2002

En tercer lugar, la calidad de la atención se ha deteriorado. Según informes del Ministerio de Salud, la pérdida de valores en la prestación de los servicios se manifiesta en el mal trato brindado a los pacientes, la indisciplina en los horarios de atención y la práctica ilegal de cobrar la atención a los pacientes. La oferta actual de servicios médicos hospitalarios no se ha optimizado, pues el tiempo laboral real de los médicos se encuentra muy por debajo del contratado, lo cual impacta negativamente la productividad de los servicios ambulatorios y quirúrgicos programados, con largas listas de espera, frecuentes cancelaciones de cirugías y baja utilización de quirófanos y consultorios. La referencia de pacientes es a menudo deficiente e inoportuna, lo cual manifiesta la ausencia de protocolos para la atención de las emergencias y de mecanismos eficientes de comunicación y coordinación entre los hospitales y las unidades de atención primaria, lo cual afecta la continuidad de la atención. A ello se suma la crisis nacional en el abastecimiento de insumos, agravada por un uso irracional de los pocos recursos disponibles en los hospitales (no se utilizan genéricos, la rotación de los inventarios de medicamentos y su control son deficientes). En muchos hospitales las normas y protocolos de atención no se cumplen adecuadamente o ni siquiera existen, y los sistemas actuales de control son débiles o no se realizan de forma sistemática. Estos factores afectan la estructuración y la organización de los flujos de pacientes así como las prácticas clínicas y no clínicas, lo cual redundando en bajos niveles de calidad técnica en los servicios ofrecidos en los hospitales (tratamientos inadecuados, mal manejo del expediente, deterioro de indicadores, etc.).

En términos generales, la red hospitalaria del MINSA se ha caracterizado históricamente por tener grandes debilidades:

- Falta de planes de desarrollo de los hospitales.
- Bajo rendimiento en la utilización de quirófanos y consultorios.
- Dotación de camas hospitalarias que no se corresponde a las necesidades demográficas.
- Cartera de servicios en los hospitales que no corresponde a la organización de la red de servicios de salud.
- Desabastecimiento de insumos médicos y ausencia de herramientas para la optimización de los escasos recursos hospitalarios.

El programa

El proyecto de modernización de hospitales estuvo coordinado por el Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS). Se planteó con un diseño de dos grandes componentes complementarios: (i) la capacitación, (ii) la rehabilitación de infraestructuras y equipamiento. Estas acciones se realizarían con diferentes niveles de intensidad y de manera secuencial sobre dos grupos de hospitales. En un primer grupo, el de los hospitales piloto, se realizó un programa de capacitación masiva en diferentes áreas, se hicieron mejoras en la infraestructura y se desarrolló un programa de equipamiento que todavía esta fase de realización. Los hospitales piloto se seleccionaron en función de la capacidad de gestión interna, para garantizar los mejores resultados. En un segundo grupo, el de los hospitales tutelados, se incluyeron aquellos hospitales que no tuvieron una puntuación tan alta, pero que tenían un sistema organizativo y una voluntad suficiente para beneficiarse de algunos de los aspectos del programa. Estos hospitales recibieron parte de los programas de capacitación, con la idea original de que en el futuro pasaran a ser hospitales piloto y un tercer grupo de hospitales pasaran a ser tutelados.

Con el inicio del programa se puso en marcha una serie de medidas de acompañamiento. En primer lugar, se asignó formalmente agentes de cambio a cada hospital piloto, funcionarios de alto

nivel responsables de coordinar las acciones del proceso de modernización al interior del hospital y entre el hospital y el PMSS, así como de servir de apoyo a las autoridades hospitalarias para la incorporación de estas al proceso de cambio. En segundo lugar, se preparó una línea base para cada hospital a partir de un diagnóstico de su situación real. Y en tercer lugar se firmaron compromisos de gestión entre el MINSA y cada hospital piloto, basados en los resultados de la línea de base. Estaba prevista una acción coordinada entre el subcomponente de capacitación y el de infraestructura y equipamiento, ya que la capacitación estaba concebida en realidad como un proceso de “capacitación-haciendo” del que surgiría la implantación del proceso de modernización mismo, y para ello era importante que estuvieran disponibles las nuevas infraestructuras y el equipamiento. Sin embargo, la contratación de las mejoras en infraestructuras y de los equipos se retrasó más de un año en relación con el inicio de la capacitación, lo cual limitó los resultados.

Los hospitales piloto seleccionados fueron dos hospitales ubicados en el departamento de Managua (Hospital Alemán-Nicaragüense y Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera) y cuatro en los departamentos (en Chontales el Hospital Asunción, en Granada el Hospital Amistad Japón-Nicaragua, en Masaya el Hospital Humberto Alvarado y en Ocotal el Hospital Alfonso Moncada). Los hospitales seleccionados para el tutelaje fueron Antonio Lenin Fonseca, Berta Calderón, Roberto Calderón, Fernando Vélez Paiz, Hospital Regional Santiago, Hospital España, César Amador Molina y Oscar Danilo Rosales.

La capacitación estuvo a cargo de dos empresas, una española y otra estadounidense, que trabajaron de forma simultánea, una en la capacitación de la calidad y otra en la capacitación en gestión hospitalaria. La capacitación consistía en un conjunto de módulos que dotarían a los profesionales de competencias en sus respectivos contenidos pero que además producirían transformaciones concretas en la práctica de los hospitales. A continuación se presenta un detalle del contenido de los principales módulos y de los resultados operativos que se alcanzaron:

Mejoramiento de la gestión hospitalaria

Este módulo buscaba implantar las siguientes prácticas en los hospitales:

- Plataforma estratégica: aplicación de metodología para asegurar el manejo moderno del hospital incluyendo una visión de futuro que se exprese en un plan estratégico, con actividades diarias dirigidas a la implantación de esta visión, a través de un plan operativo anual. Incluye el diseño de planes de gestión del hospital frente a situaciones de desastre.
- Control de la Gestión: procesos para facilitar el control y la toma de decisiones gerenciales, en un contexto participativo e integrado con énfasis en el diseño y uso de indicadores (cuadro de mando), y la utilización de compromisos / acuerdos internos para mejorar el desempeño de la organización y otorgamiento de incentivos.
- Plataforma jurídica: participación de la sociedad civil en apoyo a la gestión hospitalaria, a través de consejos consultivos que faciliten la consideración de las necesidades de la comunidad local en las decisiones gerenciales del Hospital y grupos voluntarios de apoyo organizados.
- Normalización de procesos: diseño de las normas y los procedimientos gerenciales internos para dar sustento al modelo de gestión y servir de guía para su progresiva implementación;
- Programas de capacitación continua sobre guías, políticas, normas y procedimientos Enfermería.

- Estructura funcional: diseño y adopción de una estructura con una clara definición de roles (especialmente del Director del Hospital), responsabilidades y normativas gerenciales;
- Auditoría de gestión: diseño y establecimiento de programas de auditoría de la gestión para asegurar la conformidad con las normas y reglamentos establecidos.
- Modelo de Gestión para la Articulación de los diferentes niveles de atención: atención permanente y progresiva de los pacientes a través de la red de servicios de salud mediante una articulación eficiente con centros de salud.

En el marco de este módulo se elaboraron la estrategia y los planes anuales de cada hospital y se firmaron los compromisos de gestión, que se convirtieron en la herramienta fundamental de la gestión y el quehacer hospitalario y que paulatinamente se extendieron a los servicios internos del mismo hospital. Los compromisos fueron acompañados inicialmente de incentivos al desempeño, y se elaboraron guías de evaluación de los compromisos y del desempeño, tanto grupal como individual. Se desarrolló el cuadro de mando hospitalario, que es la herramienta que le sirve mensualmente a la jefatura de servicio para monitorear su producción. Se conformaron diferentes comités en el hospital, y el director y el subdirector asumieron la rectoría de los diversos módulos.

Además se desarrolló un plan de articulación entre el primer y el segundo nivel de atención, cuya ejecución implicó el fortalecimiento de la red primaria. Se hizo una clasificación de pacientes, y se empezó a devolver al centro de salud los casos que no fueran verdaderas urgencias, para que fueran atendidos allí a un tercio del costo del servicio de urgencias. Para hacerlo se fortalecieron las unidades de atención primaria (los centros de salud) y se aumentó el horario de atención. Se detectó que la alta mortalidad materno infantil estaba relacionada con que los casos eran mal referidos o no eran atendidos oportunamente en el hospital. Para enfrentarlo se constituyó un comité de articulación, y se sistematizaron las causas de la mortalidad, a raíz de lo cual se hizo un plan para aumentar la capacidad resolutoria de los médicos de la atención primaria que incluyó la pasantías de los médicos generales de la atención primaria en los hospitales. En algunos casos los especialistas se desplazaban a centros de salud para dar capacitación o revisar expedientes. Los mejores resultados se obtuvieron en los Hospitales de Juigalpa y Masaya, y se está replicando al resto.

Mejoramiento de la calidad y productividad

Se elaboró e implementó un plan de mejoramiento continuo de la calidad, que incluyó el diseño de estándares de calidad para funciones orientadas al paciente y a la organización.

- Metodologías y herramientas gerenciales para el mejoramiento continuo de la calidad: políticas, normas, procedimientos, indicadores y estándares que definen el sistema, la estructura, los procesos y los resultados de calidad esperados.
- Guía para la gestión de procesos asistenciales y su mejora continua: para una mayor profundización de los aspectos técnicos de la gestión de procesos asistenciales y/o clínicos;
- Diseño de procesos que aseguren la calidad y productividad, tales como normas de práctica y protocolos clínicos, eventos centinelas, análisis de flujos de pacientes, identificación de cuellos de botella, análisis del expediente clínico, registro de complicaciones quirúrgicas, consentimiento informado, revisión de condiciones de la alimentación y de las áreas de aseo de los pacientes, seguridad hospitalaria, etc.
- Sistema de control, monitoreo y evaluación de la calidad y productividad;

- Normas y estándares de Enfermería;
- Estándares de ética en el hospital

Gestión de enfermería

Fue uno de los pilares del proceso, porque las enfermeras están presentes en el centro todo el día, mientras que los médicos están sólo un rato. Las enfermeras hicieron un consejo nacional de enfermería, y decidieron difundir entre las enfermeras de los otros hospitales lo que aprendían. Invitaron a enfermeras de otros hospitales. Se hizo un diplomado de gerencia para los jefes de servicio y otro para el manejo del paciente crítico en el que participaron las auxiliares de enfermería. Se elaboraron protocolos de enfermería, guías clínicas para el cuidado de los pacientes.

Sistema de Información

Como se mencionó, hubo serios problemas con el desarrollo e implantación de los sistemas de información. Se suponía que habría un módulo de producción de servicios, con varios puertos (consulta externa, hospitalización, etc), que estaría disponible para las estadísticas del hospital, y que nunca llegó a funcionar adecuadamente; un módulo abastecimiento de insumos médicos, que contenía el análisis mensual de la ejecución y programación de las necesidades de medicamentos, material de reposición periódica y reactivos de laboratorio, y que sí fue implantado exitosamente; y un módulo administrativo financiero que nunca llegó a funcionar adecuadamente.

Evaluación del desempeño

Como parte del proceso de fortalecimiento institucional discutido en la sección anterior, en los hospitales se diseñó y realizó un proceso de evaluación de desempeño, asociado a los acuerdos internos de gestión. Se conformó un comité de evaluación local de desempeño para evaluar cada servicio. Estaba conformado por los miembros de la dirección y a veces de sindicatos. La evaluación se realizaba con base en evidencias: el registro y hasta el expediente (por ejemplo, infecciones intrahospitalarias). Como resultado de esto mejoraron mucho los registros de producción hospitalaria: empezaron a registrarse abandonos (que no se registraban), infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas, reingresos... todos los indicadores trazadores de la calidad y de la productividad. El diseño de los indicadores y su implantación llevó como dos años, antes de que pudieran fijarse metas para mejorar los resultados.

La evaluación de desempeño era una tabla que recogía varios parámetros: disciplina laboral, productividad del trabajador, capacidad de gestión del trabajador (que incluía la participación en los diferentes comités, en la elaboración de los protocolos, en los registros). El bono de reconocimiento individual era de 3 salarios mensuales, que podían entregarse individualmente a los trabajadores o destinarse a realizar obras de beneficio para los trabajadores, tales como salas de reuniones o recreo, cuarto de descanso para los médicos, equipo para el comedor, etc. No obstante, en algunos hospitales el bono fue distribuido de forma alícuota entre todos los funcionarios, aunque ni ellos ni sus servicios hubieran cumplido con el compromiso de gestión.

Sistema de mantenimiento preventivo

Como iba a haber una gran inversión en equipo, se diseñó un módulo de mantenimiento del equipo, que quedó conceptualizado pero no pudo ser implantado. Se trataba de una aplicación automatizada, que permitía crear un expediente automatizado de cada bien, con el registro contable del bien, su estado físico y su plan de mantenimiento preventivo. Se quedó en la fase de prueba, en dos hospitales (Masaya y Lenin Fonseca). Sin embargo, sí se llevó adelante un programa de capacitación, se firmaron compromisos internos de gestión con los servicios de mantenimiento y se elaboraron planes de mantenimiento al menos para los equipos de la ruta crítica del hospital.

Manejo de los desechos hospitalarios.

Como se sabe, los hospitales producen grandes cantidades de materiales tóxicos y contaminantes tales como químicos, desechos orgánicos, plástico y papel. En los hospitales públicos el flujo y la deposición de dichos desechos se han realizado sin norma alguna, tanto al interior como al exterior del nosocomio. Ello ha incidido en la alta tasa de infecciones intrahospitalarias, pues los desechos no circulan por zonas separadas del flujo de la comida, los medicamentos o la ropa esterilizada, y en un serio problema de salud pública, pues la disposición final se realiza en basureros a cielo abierto.

Con el propósito de corregirlo, se elaboró un programa sostenible para el manejo correcto de desechos de todo tipo, en términos de controlar y minimizar su consumo, así como su recolección, transporte y tratamiento. Dicho programa comprendió un programa de capacitación para personal clínico y no clínico, la adquisición o la rehabilitación de incineradores, y un sistema de gestión para la recolección, tratamiento y disposición de desechos de acuerdo a flujos establecidos. Se comenzó con el establecimiento de un comité y un proceso de capacitación basado en la normativa de la Unión Europea que rige para todos los países de Centroamérica. Además de la capacitación y la organización del comité, se dotó a los hospitales de incineradores y de materiales para la selección y separación, se diseñó el flujo de transporte dentro de los hospitales, y los materiales peligrosos y los restos patológicos se incineran en el hospital para que el tren de recolección de basura recoja las cenizas. Este comité ha trabajado muy de cerca con el comité de infecciones intrahospitalarias, y se ha conseguido reducir sustancialmente los indicadores de infecciones.

Reorganización de los servicios diferenciados

La aprobación de la nueva ley de salud a inicios de los años 90, llevó al INSS a contratar empresas previsionales que se hacían cargo de brindar una canasta básica de servicios de salud a sus asegurados, a cambio de un determinado pago per capita. Cuando una empresa no contaba con un determinado servicio, podía subcontratarlo a otra empresa. Como se verá en una sección posterior, a través de ese mecanismo el INSS ha fundado su política de expansión de cobertura. Dado que los principales hospitales del país pertenecen a ministerios, y en particular al Ministerio de Salud, desde un inicio se establecieron contratos entre el INSS y los diversos ministerios que poseen hospitales, bajo el amparo de los cuales los hospitales públicos crearon empresas previsionales y empezaron a ofrecer a través de ellas un servicio diferenciado a los asegurados del INSS. Esas empresas también pueden vender a otras empresas previsionales aquellos servicios que no estuvieran disponibles en éstas. La diferenciación del servicio consiste básicamente en una puerta de entrada diferente (los asegurados no “hacen cola” con el resto de la población atendida por el MINSa) y en servicios de hostelería de mejor calidad (mayor privacidad en la estancia, mejores opciones de comida, etc). Los recursos obtenidos por las empresas previsionales de los hospitales públicos se han usado para mejorar las instalaciones, contratar el personal adicional que ha hecho falta para brindar dichos servicios o pagar sobresueldos a determinado personal del hospital.

Recientemente se realizó un estudio para evaluar la rentabilidad de estos servicios, en el curso del cual se determinó que de los 6 hospitales piloto sólo 2 eran rentables, y que en los otros 4 los servicios diferenciados estaban siendo vendidos a un precio inferior al costo, es decir, que los servicios diferenciados estaban subsidiados por los hospitales. Ello obedece a deficiencias en la facturación y el cobro realizados por los hospitales públicos, ya sea porque no cuentan con adecuados sistemas de contabilidad de costos ni registros estadísticos que les permitan fijar un precio sensato para los diferentes servicios que vende, ya sea porque no se cumplen los procedimientos necesarios para que la facturación concluya en un pago efectivo.

A esta deficiencia en la facturación se suma que cuando el asegurado sabe que la empresa previsual privada no tiene capacidad resolutive, en vez presentarse ante ella para que ésta lo

refiere formalmente al hospital público (que facturaría los servicios a la empresa previsional), prefiere presentarse directamente en el servicio de urgencias del hospital público, donde es atendido sin costo alguno. En ello incide la interpretación que se ha hecho de la legislación de salud nicaragüense: allí se establece que todo nicaragüense tiene derecho a la salud, lo cual ha sido interpretado en el sentido de que todo nicaragüense tiene derecho a la salud gratuitamente, independientemente de su capacidad de pago, de tal forma que las personas no pobres son atendidas gratuitamente en los hospitales públicos cuando lo demandan.

No existe información clara de hasta qué punto los servicios diferenciados puedan haber distraído recursos de los demás servicios y agravado los tiempos de espera en la consulta externa y el internamiento. No obstante, no pareciera ser el caso, si se considera que la población asegurada representa un porcentaje pequeño de la población nacional y que por su constitución demográfica y su nivel de ingresos no es altamente demandante de servicios de salud.⁷ Por el contrario, en los hospitales donde la facturación se ha realizado adecuadamente, los servicios diferenciados han constituido una fuente importante de ingresos destinados a financiar algunos de los servicios brindados por el hospital a la población en general.

Resultados de la modernización hospitalaria

Como se dijo, 6 de los hospitales del Ministerio de Salud 6 fueron sometidos plenamente al proceso de modernización completamente, y 8 se beneficiaron sólo del componente de capacitación, los hospitales tutelados. A continuación se presenta un análisis de la evolución de una serie de indicadores de producción hospitalaria y de sus servicios de apoyo durante los años en que se dio el proceso de modernización. Primero se presenta un análisis para todos los hospitales del Ministerio, y luego se compara la evolución de los hospitales reformados, con los hospitales tutelados y con los hospitales que no se beneficiaron de ningún componente de la reforma.

Características de la producción de los hospitales estatales.

A continuación se comenta el comportamiento de los indicadores hospitalarios de los hospitales del país para los cuales hay información⁸ durante los años posteriores al inicio de la implementación de la reforma.

En los centros de atención de agudos, el sistema hospitalario público de Nicaragua contó para el año 2004 con 4037 camas. Se trata de las camas ubicadas en los centros de atención nacionales, regionales y de área. El cuadro siguiente muestra los resultados de los diferentes indicadores promedio para tres años, calculados con base en un intervalo de confianza de 95%, cada uno de los cuales será comentado a continuación:

⁷ Hasta el año 2004 el seguro de salud del INSS sólo brindaba su cobertura, con una canasta básica bastante reducida, al asegurado directo, a sus hijos menores de 6 años y a su mujer para la atención obstétrica.

⁸ Del análisis fue necesario eliminar dos hospitales, el Oftalmológico y el Lucrecia Lindo, por problemas de la información disponible.

Cuadro 21

NICARAGUA: INDICADORES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA SEGÚN AÑO. MINSA 1995-2003

Indicador	Total	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Intervalo 95% de confianza
Intervalo de sustitución	2,23	2,02	2,20	2,12	3,21	2,24	2,14	2,23	2,40	1,89	1,80	2,08-2,38
Tasa neta de mortalidad x 100 egresos	1,05	1,08	1,04	1,10	1,14	0,98	0,99	1,01	1,17	1,03	0,99	0,94-1,17
Tasa bruta de mortalidad x 100 egresos	2,04	2,06	2,06	2,13	2,28	1,93	1,89	1,95	2,17	1,97	1,91	1,84-2,23
Porcentaje de ocupación	66,91	71,38	69,22	69,10	58,33	67,26	67,87	66,59	63,41	65,82	70,09	65,45-68,37
Giro de camas	60,61	59,13	57,94	59,36	52,88	59,85	62,43	61,79	60,42	65,11	67,20	58,50-62,73
Estancia promedio	4,45	4,35	4,36	4,28	4,15	4,09	4,03	3,98	3,94	3,93	4,35	3,99-4,25
Camas	4 040	3 957	4 047	4 075	4 105	4 077	4 033	4 037	4 013	4 023	4 037	3 957-4 037 ^a
Egresos	251 188	246 809	244 709	250 272	216 587	255 002	261 976	258 901	247 160	262 889	267 572	216 587-267 572 ^a

Fuente: Elaboración propia, a partir de información del Anuario Estadístico, MINSA.

^a Rango de variación.

Estancia promedio. En el año 2003 año se produjeron cerca de 262,000 egresos hospitalarios, con una estancia promedio de 4,5 días (IC95%: 3,9- 4,3). Los valores promedio de los indicadores se encuentran dentro de la norma establecida a nivel internacional, como es el caso de la estancia promedio que se encuentra al mismo nivel que la norma mínima establecida (4 días de estancia promedio). Los hospitales nacionales y especializados muestran, como es de esperar, valores de la estancia promedio más altos con respecto a los regionales y los departamentales.

Tasa de ocupación. Las camas mantuvieron cerca de un 67% de ocupación, independientemente del nivel de atención de los hospitales estatales ($p > 0,05$). Sin embargo el nivel de ocupación se encuentra 14% por debajo de la norma establecida (80%).

Intervalo de sustitución. El promedio de intervalo de sustitución es de 2,23 días, aunque en los años recientes se muestra un leve descenso; este descenso, que resultó ser estadísticamente significativo, no es sin embargo suficiente para establecer una diferencia estadísticamente significativa en todo el periodo estudiado.

Giro de cama. El comportamiento del indicador “giro de camas” muestra un comportamiento propio de centros con alta rotación, lo que se explica por el alto porcentaje de egresos relacionados con la atención de partos (intervención que da lugar a altos índices de rotación).

Tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad bruta ha tendido a disminuir en el periodo observado, mientras que la tasa de mortalidad neta se ha mantenido constante. Los hospitales de mayor complejidad muestran, como es de esperar, tasas más altas que los hospitales de menor complejidad.

Los servicios de apoyo muestran una tendencia hacia el incremento durante el periodo de estudio.

Comportamiento relativo de los hospitales modernizados

En este apartado se discuten los resultados de la comparación estadística entre los indicadores de los hospitales reformados, los hospitales tutelados y los demás hospitales. El cuadro siguiente muestra la lista de hospitales modernizados:

Cuadro 22
NICARAGUA: HOSPITALES APOYADOS POR EL PROYECTO DE MODERNIZACIÓN

Modernizados
Alemán-Nicaragüense
Infantil Manuel de Jesús Rivera
Asunción (Chontales)
Amistad Japón-Nicaragua (Granada)
Alfonso Moncada (Ocotal)
Humberto Alvarado (Masaya)
Tutelados
Antonio Lenin Fonseca
Berta Calderón
Roberto Calderón
Fernando Vélez Paiz
Regional Santiago
España
César Amador Molina
Oscar Danilo Rosales

Durante el periodo observado todos los hospitales del país tienden a mostrar una mejora, incluidos los beneficiados por el proyecto de reforma. El siguiente cuadro presenta los promedios por grupo de hospital de los indicadores hospitalarios disponibles para el periodo 1995-2004:

Cuadro 23
NICARAGUA: PROMEDIO DE INDICADORES SEGÚN AÑO Y EXPOSICIÓN AL PROYECTO DE REFORMA MINSA: 1995-2003

Año	Intervalo sustitución	Tasa neta mortalidad	Tasa bruta mortalidad	Índice ocupación	Giro de camas	Estancia promedio
Reforma	1,75	0,93	1,82	70,68	66,31	4,08
1995	1,25	0,91	1,79	78,09	68,89	3,80
1996	1,56	0,82	1,71	74,36	65,18	4,31
1997	1,70	0,84	1,88	72,75	65,42	4,20
1998	2,48	1,01	2,07	63,09	58,94	4,11
1999	1,76	0,91	1,88	70,76	66,72	3,70
2000	1,75	0,88	1,75	70,32	68,18	4,21
2001	1,86	0,94	1,80	69,06	65,88	4,17
2002	2,01	1,12	2,00	66,63	64,40	4,25
2003	1,70	0,96	1,73	69,62	67,06	4,10
2004	1,49	0,89	1,64	72,17	72,39	3,99
Tutelados	2,31	1,70	3,12	67,58	58,01	4,82
1995	1,97	1,73	2,96	73,29	56,54	5,34
1996	2,04	1,61	3,09	71,74	57,34	5,21
1997	2,14	1,71	3,13	70,26	58,22	5,05
1998	4,05	1,81	3,43	55,55	45,03	4,95
1999	2,25	1,57	2,88	68,71	58,21	4,77
2000	2,01	1,51	2,81	69,49	61,54	4,70
2001	2,16	1,61	2,99	66,98	61,26	4,56
2002	2,57	1,84	3,35	62,58	58,29	4,54

Cuadro 23 (conclusión)

Año	Intervalo sustitución	Tasa neta mortalidad	Tasa bruta mortalidad	Índice ocupación	Giro de camas	Estancia promedio
2003	1,98	1,74	3,20	68,75	61,86	4,53
2004	1,98	1,83	3,40	68,47	61,86	4,55
Sin reforma	2,40	0,69	1,42	64,57	59,50	4,08
1995	2,44	0,73	1,58	66,76	55,97	4,46
1996	2,64	0,78	1,55	64,97	54,72	4,42
1997	2,33	0,83	1,58	66,49	57,09	4,44
1998	3,02	0,76	1,63	57,81	55,09	4,13
1999	2,47	0,63	1,33	64,54	57,52	4,01
2000	2,43	0,70	1,34	65,57	60,16	3,77
2001	2,47	0,64	1,33	65,11	60,09	4,00
2002	2,47	0,76	1,48	62,36	59,85	3,91
2003	1,93	0,58	1,27	61,97	66,30	3,80
2004	1,83	0,48	1,06	70,14	68,17	3,83

Fuente: Elaboración propia, a partir de información del Anuario Estadístico, MINSa.

La información de este cuadro es muy reveladora. En primer lugar, los hospitales beneficiados plenamente por el proyecto de Reforma muestran una tendencia a mejorar los diferentes indicadores durante el periodo observado: disminuye el intervalo de sustitución y la estancia promedio, y aumenta el índice de ocupación y el giro de camas. Sin embargo, al inicio del proceso de reforma, entre el 2000 y el 2002 o el 2003, se produce un deterioro en la mayoría de los indicadores, que tiende a recuperarse después: aumenta el intervalo de sustitución, la estancia promedio y las tasas de mortalidad, y disminuyen el giro de camas y la tasa de ocupación. Esto es normal, porque uno de los primeros resultados del proceso de reforma es una mejora de los registros de información; si sobre todo el periodo se perfila una mejora en los indicadores, es muy posible que en realidad las mejoras sean aún mayores dados los problemas de registro que había antes del inicio de la reforma. En todo caso, a lo largo de todo el periodo los hospitales reformados se mantienen con los mejores indicadores.

En segundo lugar, los hospitales tutelados tienen los peores indicadores de los tres grupos: los índices de intervalo de sustitución y de estancia promedio son los más altos, y los índices de ocupación y de giro de camas son los más bajos; sin embargo, es importante notar que durante el periodo estudiado estos hospitales mantienen constante el índice de ocupación, el giro de cama y la estancia promedio, así como el intervalo de sustitución.

En tercer lugar, los hospitales que del todo no fueron beneficiados por el proyecto de reforma muestran una mejora en casi todos los indicadores –disminuyen el intervalo de sustitución y la estancia promedio, y aumenta el giro de camas–, pero tienden a mantener el mismo índice de ocupación (el dato del último año es poco creíble). En anexo se presentan los datos por hospital.

Con el fin de determinar si los indicadores de los tres grupos presentan diferencias estadísticamente significativas, se realizó un análisis de variancia, con la hipótesis nula de que ninguna de las diferencias entre los tres grupos era significativa y la hipótesis alternativa de que al menos una de las tres diferencias era significativa. El análisis se realizó para dos periodos diferentes: para todo el periodo sobre el que hay datos (1995-2004) y para el periodo de ejecución de la reforma (del 2000 al 2004). Los resultados de estas pruebas, realizadas para un nivel de probabilidad del 95%, se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro 24

NICARAGUA: RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE VARIANCIA¹ DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA ENTRE DIFERENTES GRUPOS DE HOSPITALES SEGÚN TIPO DE REFORMA POR PERIODO. MINSA: 1995-2004

Indicador	1995 - 2004					2000 - 2004				
	Ref	Tutel	Sin ref	Total	Signifi- cancia	Ref	Tutel	Sin ref	Total	Signifi- cancia
Intervalo de sustitución	1,75	2,31	2,40	2,23	0,00250	1,76	2,14	2,22	2,09	0,14404
Tasa neta mortalidad	0,93	1,70	0,69	1,05	0,00000	0,96	1,71	0,63	1,04	0,00000
Tasa bruta mortalidad	1,82	3,12	1,42	2,04	0,00000	1,78	3,15	1,30	1,98	0,00000
Índice de ocupación	70,68	67,58	64,57	66,91	0,00423	69,56	67,25	65,03	66,76	0,24710
Giro de camas	66,31	58,01	59,50	60,61	0,01184	67,58	60,96	62,91	63,39	0,27056
Estancia promedio	4,08	4,82	4,08	4,31	0,00013	4,14	4,58	3,86	4,15	0,02218

Fuente: MINSA.

¹ La hipótesis nula es que el indicador en cuestión no presenta diferencias entre los 3 grupos.

La hipótesis nula de que no hay ninguna diferencia significativa entre los 3 grupos se rechaza cuando el nivel de significancia es inferior a 5%. Como puede verse en el cuadro anterior para todos los indicadores la hipótesis nula se rechaza cuando se toma el periodo 1995-2004; es decir, que en el caso de todos los indicadores el promedio de al menos uno de los grupos es diferente del promedio de los otros grupos. Sin embargo, cuando se toma el periodo de ejecución de la reforma, la hipótesis nula es rechazada sólo para 3 indicadores: la tasa de mortalidad bruta, la tasa de mortalidad neta y la estancia promedio, lo cual quiere decir que las diferencias entre los diferentes grupos dejan de ser estadísticamente significativas para algunos indicadores cuando sólo se toma el periodo de ejecución de la reforma. Esta reducción en la significancia de las diferencias obedece a dos razones. Por una parte, porque en efecto en algunos indicadores la diferencia disminuye al inicio del periodo de la reforma, y aunque vuelve a aumentar después el promedio de los indicadores para los hospitales reformados está más cerca del promedio de los otros dos grupos. Por otra parte, porque desde el punto de vista puramente estadístico al reducirse el número de observaciones a la mitad, la prueba de hipótesis pierde precisión y los estadísticos dejan de ser significativos.

Con el fin de determinar cuál es el origen del rechazo de la hipótesis nula, se utilizó la prueba de Bonferroni.⁹ Si los resultados de la modernización hospitalaria fueron positivos, sería de esperar que la diferencia entre los dos periodos se origine en los hospitales que se beneficiaron del proyecto de modernización. Los resultados de esta prueba se muestran en el cuadro siguiente:

⁹ La prueba estadística de Bonferroni prueba la verdadera diferencia estadística en un conjunto de datos, una vez que se ha rechazado la hipótesis nula de homogeneidad de promedios. Esta se basa en la prueba estadística t de Student ajustando el nivel de significancia observado para las comparaciones múltiples.

Cuadro 25

NICARAGUA: RESULTADOS DE LA PRUEBA BONFERRONI. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DE HOSPITALES SEGÚN PARTICIPACIÓN EN REFORMA. MINSA, 1995 - 2004

		Tutelados	Sin Reforma
Intervalo de sustitución	Reforma	0,0200	0,0020
	Tutelados	--	1,0000
	Sin Reforma		--
Tasa neta mortalidad	Reforma	0,0000	0,2420
	Tutelados	--	0,0000
	Sin Reforma		--
Tasa bruta mortalidad	Reforma	0,0000	0,2050
	Tutelados	--	0,0000
	Sin Reforma		--
Índice de ocupación	Reforma	0,3710	0,0030
	Tutelados	--	0,2330
	Sin Reforma		--
Giro de camas	Reforma	0,0150	0,0370
	Tutelados	--	1,0000
	Sin Reforma		--
Estancia promedio	Reforma	0,0030	1,0000
	Tutelados	--	0,0000
	Sin Reforma		--

Nota: Para los pares ordenados que aparecen en gris, la diferencia promedio resultó ser estadísticamente significativa al 95% de confianza.

De la aplicación de la prueba se obtienen las siguientes conclusiones:

Intervalo de sustitución: En este indicador se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales reformados, por un lado, y los hospitales tutelados y no reformados, por el otro. Entre los hospitales tutelados y no reformados no se encontró diferencia.

Tasa bruta de mortalidad y tasa neta de mortalidad hospitalaria: En este indicador se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales reformados y no reformados, por un lado, y los hospitales tutelados, por el otro. Entre los hospitales reformados y los no reformados no se encontró diferencia.

Índice de ocupación: En este indicador se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales con reforma, por un lado, y los hospitales sin reforma, por el otro. Los hospitales tutelados no presentan una diferencia significativa con ninguno de los otros dos grupos.

Giro de camas: En este indicador se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales reformados, por un lado, y los hospitales tutelados y no reformados, por el otro. Entre los hospitales tutelados y no reformados no se encontró diferencia. Las diferencias en este indicador se comportan igual que para el indicador del intervalo de sustitución.

Estancia promedio: En este indicador se presenta una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales reformados y no reformados, por un lado, y los hospitales tutelados, por el otro. Entre los hospitales reformados y los no reformados no se encontró diferencia. Las diferencias en este indicador se comportan igual que para los indicadores de las tasas de mortalidad.

De la información contenida en estos cuadros, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Los indicadores de producción de todos los hospitales tienden a mostrar una mejoría en el periodo estudiado.
- Para el periodo 1995-2005 los indicadores de los hospitales sometidos plenamente al proceso de modernización son significativamente mejores que los de los hospitales tutelados para todos los casos y que los de los hospitales no sometidos al proceso de modernización en la mayoría de los casos.

Enseñanzas y riesgos para la sostenibilidad del proceso

Ha habido algunos hechos que han sido muy relevantes en el éxito relativo que ha tenido el programa, y que cabe destacar.

- La figura del agente de cambio. El agente de cambio, como se dijo, es un funcionario de alto nivel dedicado a tiempo completo al proyecto de modernización. En su misión de acompañamiento y liderazgo, ha permitido resolver innumerables problemas en la ejecución del programa y montar un sistema de seguimiento que ha sido de gran utilidad.
- La implantación de un sistema de monitoreo a través de los cuadros de mando. Hasta que se han introducido herramientas de control, se realizaba un monitoreo interno que finalizaba con un informe que era enviado al nivel central. Este informe no servía para retroalimentar a los hospitales desde ese nivel central.
- Algunos de los mecanismos de control y seguimiento implantados como consecuencia del programa, como por ejemplo la puesta en marcha de protocolos, han sido eficaces desde el punto de vista clínico para disminuir la mortalidad. Sin embargo, ha habido también grandes vacíos que no han sido cubiertos, como la falta de monitorización en el proceso de implementación del sistema información.

Varias amenazas existen para la continuidad de los logros alcanzados durante el proceso de modernización. A continuación se resumen algunos de ellos:

- Rotación de funcionarios. Existen hospitales donde todos los directivos que fueron capacitados por el Programa se han marchado, lo cual constituye una amenaza para la sostenibilidad de los resultados alcanzados. Esto se ha agravado con la eliminación de los bonos de reconocimiento por desempeño, que habían sido concebidos como una forma de mejorar la remuneración de los funcionarios pero a partir de la capacidad de estos y de su grado de compromiso con el programa de modernización. El bajo nivel de remuneraciones constituye una de las principales razones de la movilidad laboral. Debe implantarse medidas para evitar la alta rotación de los directivos del hospital, pues los efectos sobre los costos y la calidad de los servicios hospitalarios de perder al personal calificado es mucho mayor que la inversión necesaria para ofrecerles condiciones de trabajo competitivas.
- Ausencia de financiamiento. El agotamiento de los recursos externos que financiaban algunas actividades del programa de modernización no ha sido compensado con recursos frescos provenientes del Ministerio, y ello amenaza la sostenibilidad del programa. Es el caso del manejo de desechos y el mantenimiento preventivo.
- La falta de autonomía hospitalaria. Los hospitales deben tener la capacidad de disponer de los recursos recaudados en la venta de servicios, y no como en la actualidad que sólo reciben un porcentaje muy disminuido de ellos. Asimismo, debería

haber un sistema de transferencia de riesgos hacia los hospitales, que se haría operativo a través del presupuesto (que el Ministerio les compre servicios en vez de asignarles un presupuesto sobre base histórica) y de un sistema que permita sancionar a sus directivos cuando incumplen injustificadamente con los compromisos alcanzados.

- La falta de apropiación en el nivel central. La Dirección de Atención Hospitalaria del MINSa no ha tenido participación en el diseño, la ejecución y la evaluación del proceso de modernización hospitalaria, de manera que no existe suficiente comprensión de lo que se ha hecho ni el grado de identificación con el proceso necesario para que sea defendido independientemente de las unidades ejecutoras involucradas. De hecho, existen recelos mutuos entre los “funcionarios de línea” del Ministerio y los consultores de las unidades ejecutoras, que suelen tener remuneraciones muchas veces más elevadas que el personal de planta del Ministerio.
- Desarticulación entre el primer y el segundo nivel de atención. El Programa de Modernización de Hospitales ha iniciado un proceso de articulación entre los diferentes niveles de atención, con algunas acciones exitosas. Se han iniciado pautas de coordinación por las que el personal de Atención Primaria va al hospital y personal del hospital visitan periódicamente los Centros de Salud, además de que se han establecido reuniones mensuales para analizar la mortalidad. Sin embargo, el proceso es incipiente y tiene que ser asumido como una prioridad por los SILAIS. Deben establecerse protocolos comunes, órganos de coordinación en los que se puedan discutir regularmente los problemas comunes, sesiones clínicas conjuntas y programas de formación continuada comunes.

C. Extensión de la cobertura de atención primaria del Ministerio de Salud

Descripción de los programas

El programa de modernización del sector salud ha contemplado cuatro intervenciones tendientes a extender la cobertura y mejorar de la calidad de los servicios de salud en poblaciones postergadas o de difícil acceso geográfico. Las cuatro intervenciones implican nuevas modalidades de gestión y financiamiento que han arrojado interesantes resultados:

1. Nuevo modelo de gestión: Mejoras de gestión y provisión de servicios de salud a través del establecimiento de convenios de gestión con SILAIS y centros de salud. Intervención ligada a incentivos, mejoras de infraestructura y equipamientos. Ha sido financiado con empréstitos externos otorgados por el Banco Mundial.
2. Fondo de Maternidad e Infancia Segura (FONMAT): Ampliación de cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud a través de la entrega de un paquete de servicios para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido hasta que cumpla un año, a través de los proveedores propios del MINSa. La intervención ha consistido en una asignación prospectiva de recursos económicos para la prestación del paquete, infraestructuras, equipamientos, capacitación y recursos para la movilización comunitaria. Ha sido financiado con empréstitos externos otorgados por el BID, con una modalidad de financiamiento decreciente en la perspectiva de que el financiamiento vaya siendo progresivamente asumido por el MINSa.

3. Extensión de Coberturas a través de Subrogados: Ampliación de coberturas de servicios de salud a través de la entrega de un paquete básico de servicios a poblaciones sin acceso a los servicios públicos por medio de la contratación de ONG. Se trata de contratos de prestación de servicios entre el MINSA y la ONG, financiado con empréstitos otorgados por el Banco Mundial. De las 3 intervenciones, esta es la menos importante desde el punto de vista de los recursos involucrados y de las metas propuestas.
4. Apoyo a las casas maternas: Apoyo financiero a las casas administradas por los gobiernos locales y la sociedad civil para albergar a las mujeres de zonas rurales durante los días previos y posteriores al parto.

Los programas de servicios de salud

Las tres primeras intervenciones comparten dos grandes ejes comunes, y de allí su originalidad. En primer lugar, las tres pretenden incidir en el ámbito de la Atención Primaria, con objetivos muy concretos de extensión de la cobertura de servicios de salud y con base de actuación en los SILAIS y centros de salud contemplados en el Primer Nivel de Atención del MINSA. Aunque a posteriori las evaluaciones oficiales señalan que pudo haber una mayor integración de estas intervenciones y la estructura ordinaria del MINSA, lo cierto es que desde siempre existió la preocupación de que fuera así y no de que se tratara de intervenciones producidas a espaldas de la institucionalidad estatal nicaragüense. En segundo lugar, las tres intervenciones se basan con menor o mayor intensidad en la estrategia de separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios que se viene dando de forma creciente en Nicaragua, tanto en el MINSA como en el INSS: FONMAT contempla el establecimiento de compromisos de gestión con la red de atención primaria y asignación de recursos por una mezcla de capitación y evento; el Nuevo Modelo de Gestión contempla los convenios de gestión como un primer paso para establecer presupuestos por capitación y no sobre base histórica, y Extensión de Coberturas a través de Subrogados el desarrollo de contratos de prestación de servicios con establecimientos proveedores independientes del Ministerio.

El cuadro siguiente da una idea de las diferencias y semejanzas de esas tres diferentes intervenciones:

Cuadro 26

DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS DE LAS TRES DIFERENTES INTERVENCIONES

Elemento	Intervención		
	Convenios de gestión	FONMAT	ONG
Cartera de servicios	Todos los servicios del primer nivel	Paquete básico de embarazo, parto, puerperio y menores de 1 año	Paquete básico de embarazo, parto, puerperio y menores de 5 años
Instrumento	Convenios de gestión con los centros de salud	Convenios de gestión con los SIN AIS y los centros de salud	Contratos de prestación de servicios
Financiamiento y pago	Financiamiento presupuestario e incentivos por desempeño	Financiamiento presupuestario, pago por capitación y por evento, e incentivos por desempeño	Financiamiento por capitación

Fuente: Roser Vicente. "Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud".

Tanto el nuevo modelo de gestión como el FONMAT basaron su estrategia en la red de proveedores del MINSA. Originalmente el FONMAT consideraba la posibilidad de contratar proveedores privados y ONG, pero el monto asignado no resultaba suficiente para financiar todo el

paquete, de manera que sólo los Centros de Salud, cuyo personal era financiado por el MINSA, resultaban competitivos. En cuanto a la tercera intervención, consistía en la contratación de ONGs por capitación para brindar un paquete básico igualmente concentrado en la atención de la maternidad, pero sólo se contrataron dos empresas el primer año y apenas una de ellas permaneció brindando los servicios en los años subsecuentes, por lo cual el programa nunca tuvo mayor importancia.

El cuadro siguiente muestra la incorporación de establecimientos a cada una de las tres intervenciones.

Cuadro 27
EXTENSIÓN DE COBERTURA DE ATENCIÓN PRIMARIA
NÚMERO DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

Año	FONMAT	Modelo de Gestión (Centros Salud)	ONG (Organizaciones)
2000	Jalapa Cinco Pinos San Rafael Norte total 3		
2001	Waspán Trinidad Pueblo Nuevo San Ramón Waslala San Juan Río Coco San Pedro Lovago. total 3+7 =10	Monimbó Jorge Sinforoso Ocotal Juigalpa Waspán San Carlos total 6	Siuna Los Chiles total 2
2002	Nueva Guinea El Ayote Paiwas El Jicaro Quilali total 3+7+5 =15	Alejandro Davila Nindiri Nandaime Santo Tomás Quilali Siuna San Miguelito total 6+7=13	Los Chiles total 1
2003	Pantasma Somoto Río Blanco Siuna Rosita total 3+7+5+5=20	Catarina La Concepción Masatepe Nandasmo Nindirí Niquinohomo San Juan de Oriente Tisma Diria Diriomo El Almendro El Castillo Morrito San Juan del Norte 6+7+14=27	Los Chiles total 1

Cuadro 27 (conclusión)

Año	FONMAT	Modelo de Gestión (Centros Salud)	ONGs (Organizaciones)
2004		17 SILAIS con convenios de gestión y en proceso de compromisos con todos los centros del país.	Los Chiles
	total 20		total 1

Fuente: Roser Vicente. "Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud".

En los dos casos basados en la red de atención primaria del MINSA, el Nuevo Modelo de Gestión y FONMAT, el principal instrumento utilizado para la regulación de la relación entre el Centro de Salud y la Administración Central fue el convenio de gestión (denominado también compromiso de gestión o contrato de servicios). En los primeros 3 años los convenios de gestión se firmaron entre la Administración Central y el Centro de Salud; a partir del año 2004, como parte de la estrategia de fortalecimiento de las direcciones intermedias, los convenios se firmaron entre la Administración Central y los SILAIS; más que un compromiso de gestión, con indicadores precisos de producción, el instrumento utilizado en el año 2004 representa un marco general de metas entre la Administración Central y los SILAIS. En el año 2005 los convenios entre la Administración Central y los SILAIS fueron complementados con convenios entre los SILAIS y los Centros de Salud, con lo cual el instrumento recobró el papel que jugaba en la organización de incentivos a nivel de los establecimientos proveedores. El eje de las dos intervenciones consistió en apoyo financiero para capacitación así como para mejorar la infraestructura y el equipamiento, de manera que aumentara la capacidad resolutoria de los centros de salud, particularmente en lo que se refiere a los servicios de maternidad.

En ambas intervenciones estaba prevista la existencia de incentivos personales al desempeño, pero en el programa de Nuevos Modelos de Gestión esos incentivos sólo se entregaron el primer año, 2001, ya que, como se dijo, la nueva administración decidió eliminarlos en el año 2002. En FONMAT siguieron vigentes, pero no consistían en dinero sino en especie: víveres para los funcionarios y actividades recreativas que mejoraran el ambiente de trabajo y permitieran la incorporación de las familias de los funcionarios.

La capacitación se otorgó a los funcionarios de los Centros de Salud, pero además a la población voluntaria. Debe recordarse que durante el gobierno del Frente Sandinista se constituyó una amplia red de brigadistas y voluntarios que jugó y aún juega un papel muy importante en la atención de la salud de la población. La labor de los Centros de Salud y los Puestos de Salud se apoya en esta red, que ha sido reactivada mediante estas dos intervenciones. La capacitación brindada a los Centros de Salud por el Programa de Nuevos Modelos de Gestión se refería a temas técnicos, tales como expedientes clínicos, contratación de servicios, protocolos; la del FONMAT incluyó el financiamiento de diplomados y maestrías. En cuanto a la capacitación a los brigadistas y los voluntarios, entre quienes estaban las parteras, la capacitación incluía detección temprana del embarazo, elaboración de planes para el traslado de la parturienta, apoyo durante la labor de parto.

La principal diferencia entre ambas intervenciones es que el programa de Nuevos Modelos de Gestión brindaba recursos presupuestarios adicionales para financiar las mejoras de infraestructura y los equipos, así como programas especiales de capacitación, mientras que el FONMAT brindó apoyo financiero complementario al presupuesto del Centro de Salud, para mejora de infraestructura y equipamiento, pero además un monto complementario por evento. Con ese monto se buscaba sufragar una atención continuada y sistemática de carácter longitudinal,

desde la detección del embarazo (a los dos meses en promedio) hasta que el niño cumpliera 1 año, pasando por el control prenatal, la atención del parto, del puerperio y del niño. Estos recursos financieros complementarios se entregaban por adelantado directamente al Centro de Salud y se liquidaban anualmente. Para definir el monto transferido a cada Centro de Salud, se estimaba el costo de la atención longitudinal y se multiplicaba por el número de embarazos esperados, dada la población atendida por el Centro. El monto por parto esperado en el área de influencia del Centro de Salud oscilaba entre US\$ 37 y US\$ 45, según la dispersión de la población atendida y la dificultad de desplazamiento dentro del territorio. Un 16% del monto se retenía hasta el momento de la evaluación anual, y sólo se entregaba a los centros de salud que en la evaluación obtuvieran más del 90%.

Resultados de las intervenciones de salud primaria

Los resultados pueden dividirse en cualitativos y cuantitativos. Los primeros pueden ser divididos de la siguiente forma:

Desde el punto de vista de la planificación y gestión, mejoró el conocimiento sobre la situación y los problemas salud, el registro de indicadores y estadísticas vitales, se realizó la zonificación de la población y se desarrolló de la capacidad de gestión, incluido el uso de instrumentos de planificación, registro de resultados, administración financiera y evaluación.

Desde el punto de vista de la atención, se realizó una protocolización de la diabetes y la hipertensión, del embarazo, el parto, el puerperio, y la atención a menores de 1 año, se establecieron protocolos de acogida, mecanismos para recoger reclamaciones y sugerencias, encuestas de satisfacción y comités de calidad y de uso racional de medicamentos.

Desde el punto de vista de la participación comunitaria, el FONMAT desarrolló estrategias y planes de promoción y educación en salud, se promovió la organización comunitaria a través de la constitución de redes colaboradores y se capacitó a las parteras y brigadistas. En el nuevo modelo de gestión se incorporó actividades de promoción y educación en salud a través de los convenios de gestión.

Desde el punto de vista de la coordinación con otros programas, se establecieron convenios con Casas Maternas para brindarles asistencia y capacitación, y FONMAT estableció convenios con los hospitales públicos que conllevan prestaciones y pagos.

En relación con los resultados cuantitativos, los logros son evidentes. En el caso del FONMAT, los resultados de los primeros 10 proveedores incorporados al programa entre el año 2000 y el 2001, pueden verse en el cuadro siguiente:

Cuadro 28
RESULTADOS CUANTITATIVOS FONMAT 2000 - 2001

Indicadores	Línea Base	Meta	Resultado Año 2003
Reducción de la mortalidad infantil en un 10% para la población beneficiaria en comparación con la línea de base (1998), al final de la ejecución Programa		-10%	16,6 x 1000 nv
Reducción de la mortalidad materna en un 5% para la población beneficiaria en comparación con la línea de base (1998), al finalizar la ejecución del programa		-5%	26,3 x 100 mil nv,
Aumento de la tasa de parto institucional de 22% en 1998 a 40% en la población beneficiaria del proyecto al finalizar la ejecución del programa.	22%	40,00%	43,70%
Aumento de la tasa de parto institucional del 8 al 16% en la población beneficiaria indígena del proyecto en comparación con la línea de base de 1998 al finalizar la ejecución del programa.	8%	16%	59%
Aumento de la tasa de cobertura de atención prenatal oportuna 29% de 1998 a al menos 35% en la población beneficiaria al finalizar la ejecución del programa	29%	35,00%	35,40%
Aumento de la tasa de atención en salud del niño menor de un año del 22 al 65% en la población beneficiaria al finalizar el proyecto	22%	65,00%	89,05%

Fuente: Roser Vicente. "Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud".

Como puede verse, todas las metas del programa fueron superadas para estos primeros 10 proveedores. Los siguientes 10 proveedores entraron más tarde, y sus resultados fueron menos concluyentes, aunque en todos los casos hubo mejoras significativas: la tasa de parto institucional aumentó al 27% y la tasa de atención oportuna al niño al 84%. En total se atendió a 83,165 mujeres embarazadas y a 88,236 niños.

En cuanto al programa de Nuevos Modelos de Gestión, los resultados también fueron positivos. El cuadro siguiente presenta una serie de indicadores con los resultados de los primeros 13 centros de salud con un corte al año 2003:

Cuadro 29
PROGRAMA DE NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

Tipo de indicadores	Indicadores	Metas	Año 2000/2001	Año 2003
Indicadores relacionados con la medición de la pobreza en términos de mejora de estado de salud	Mortalidad infantil	Reducción en un 26% para la población beneficiaria al final de la ejecución del Programa	21,43 (2000 1-6 centros) 11 (2001 2-7 centros)	17,11 (1-6 centros) 10 (2-7 centros)
	Mortalidad materna	Reducción en un 10% para la población beneficiaria al finalizar la ejecución del programa (1998-2007)	150 (2000 1-6 centros) 337 (2001 2-7 centros)	77 (1-6 centros) 369 (2-7 centros)

Fuente: Roser Vicente. "Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud".

Además, hubo una cobertura del 100% de menores de 5 años inmunizados, el 45,1% de los embarazos fueron captados en el primer trimestre de embarazo (contra la meta del 20%), un 45,3% de las embarazadas recibieron cuatro controles prenatales y un 25% de los partos fueron institucionales (frente a la meta del 20%).

El costo del FONMAT fue de US\$ 6 millones y el de las otras dos intervenciones (el Nuevo Modelo de Gestión y Extensión de la Cobertura a través de Subrogación) de US\$ 4,83, de los cuales US\$ 181,630 fue el pago per capita a las ONG.

Enseñanzas para la nueva fase en las intervenciones en salud primaria

De la primera fase de estas intervenciones se obtienen varias enseñanzas, algunas de las cuales serán incorporadas en el diseño de la siguiente fase:

Es indispensable una mayor integración del Ministerio en el diseño, ejecución y evaluación de los programas. En el caso de FONMAT, el proceso fue controlado por una unidad ejecutora que no necesariamente fue capaz de involucrar a la institucionalidad del Ministerio y de prepararla para asumir las funciones por ella desarrolladas. En la segunda etapa la unidad ejecutora desaparecerá y sus funciones pasarán a la Dirección de Primer nivel de Atención. Sin embargo, se plantea un riesgo para la continuidad del programa, ya que muchos de los funcionarios de la unidad ejecutora, remunerados como consultores, no estarán en disposición de integrarse al Ministerio con las remuneraciones, mucho más bajas, que éste da a sus funcionarios. El relativo aislamiento del programa con respecto a la institucionalidad del Ministerio ha limitado la transferencia de conocimientos a los funcionarios ordinarios, y ello hace que el traslado del programa enfrente mayores riesgos que si durante su ejecución pasada los funcionarios ordinarios hubieran estado involucrados y participado de la formación y experiencia.

A pesar de que existe el riesgo de que parte de la experiencia se pierda a nivel de la Administración Central, ello no ocurre a nivel de los establecimientos proveedores de servicios, en este caso los Centros de Salud. Puede considerarse un acierto que las intervenciones se hayan realizado a través de la red institucional, no sólo porque ello ha reducido la relación costo/beneficio, sino también porque la experiencia ha servido para aumentar significativamente la capacidad técnica y la capacidad de gestión de los Centros de Salud.

La estrategia de focalización en la extensión de la cobertura, tanto a nivel horizontal (al priorizar las regiones más pobres y peor servidas del país) como a nivel vertical (al priorizar un paquete de servicios en el ámbito en que los indicadores de salud eran más deficientes) ha mostrado ser muy eficaz. No obstante, dicha eficacia sería mucho menos relevante si careciera de continuidad. El hecho de que haya sido implementada por la red institucional de proveedores permite pensar que aunque se interrumpa el flujo de recursos habrá una cierta continuidad. No quiere decir ello que deba descartarse una estrategia semejante realizada a través de proveedores privados, pero en todo caso, dada la realidad de Nicaragua, en que la oferta de servicios de salud privados se restringe a las cabeceras de provincia, la participación de los proveedores públicos seguirá manteniendo su relevancia.

Es indispensable que el Ministerio diseñe e implemente una estrategia clara en relación con la función de compra. Esto implica la constitución de una unidad permanente –lo mismo que se señaló para el diseño, negociación y evaluación de los compromisos de gestión– así como la forma y amplitud que adoptará la compra de servicios a lo largo del territorio. Dentro de una estrategia de descentralización, la función de compra podría transferirse a los SILAIS, lo cual requeriría la definición de prioridades, procedimientos de contratación, de registro de información y de

evaluación, así como una adecuada supervisión, tanto sobre los proveedores de los servicios como sobre los compradores, que en este caso serían los SILAIS.

Los convenios de gestión han venido evolucionando como un instrumento muy importante en la organización de las metas y prioridades de los establecimientos proveedores de servicios. Sin embargo, es necesario mejorar el diseño de los compromisos en cascada –firmados entre la Administración Central y los SILAIS, y entre estos y los Centros de Salud–, de manera que efectivamente sean capaces de respaldar el proceso de descentralización que se está llevando a cabo. Es necesario además vincularlos al proceso de asignación de recursos, para que haya una mayor transferencia de riesgos hacia los proveedores de servicios pero al mismo tiempo mejores incentivos para su cumplimiento. La experiencia de FONMAT, en virtud de la cual una parte de los recursos administrados por el Centro de Salud correspondía con su producción efectiva, ha sido un paso importante en la dirección de superar el principio de presupuesto sobre base histórica e introducir criterios de productividad y calidad de la atención en la asignación del presupuesto.

Apoyo a la extensión de cobertura: las casas maternas

Las casas maternas constituyen albergues cerca de los Centros de Salud para mujeres de lugares remotos que van a dar a luz o que acaban de hacerlo. Pertenecen a la comunidad organizada y reciben apoyo financiero y técnico de parte del Ministerio de Salud. Generalmente se trata de organizaciones populares pequeñas con una amplia base local, a menudo de origen campesino. Originalmente se rehabilitaron edificios viejos para instalar las casas, pero gracias a la cooperación internacional se ha empezado a construir edificios especialmente diseñados para albergarlas. Las casas maternas son regidas por un comité formado por representantes del centro de salud, del gobierno local, de la organización líder de la sociedad civil y a veces del Ministerio de Educación. A menudo la organización de la sociedad civil aporta una persona a tiempo completo para gestionar la casa, y el Ministerio de Salud aporta la atención brindada por el personal del Centro de Salud, que realiza visitas diarias para atender a las mujeres albergadas, así como un capital anual decreciente para cubrir los costos de operación. A veces, los gobiernos locales proporcionan el terreno para construir el nuevo edificio y aportan una cantidad adicional de dinero para ayudar a cubrir los costos de operación. Con frecuencia se forman redes de patrocinadores que ofrecen recursos complementarios.

Actualmente existen nueve casas maternas en Waspan, Siuna, Puerto Cabezas y el Rama (en la región del Atlántico Norte); en Bluefields y el Rama (en la región del Atlántico Sur); en San Carlos, Boca de Sábalo y Matiguás (en la región del río San Juan) y Río Blanco (en la región de Matagalpa). Desde que comenzaron a funcionar en 2001, las casas maternas han llegado a 887 comunidades en 23 municipalidades, donde han atendido a 2,927 mujeres, lo que representa el 6 por ciento de todos los nacimientos esperados en sus respectivos distritos de salud.

Por lo general, las pacientes que ingresan a los centros viven en condiciones de pobreza o de extrema pobreza y tienen poca educación. Alrededor de un 30% de las mujeres son adolescentes menores de 19 años y otro 30% mujeres mayores de 35 años que han tenido varios embarazos. Permanecen en el centro dos semanas antes y una semana después del parto, aunque cerca del 50% ingresan ya paridas. Reciben alimentación y alojamiento y son visitadas por médicos del centro todos los días. Además reciben educación sexual y reproductiva, entre la cual destacan la planificación familiar y los cuidados del neonato. El personal de las casas maternas realiza una aproximación de género a los problemas, y a menudo ofrece consejos y asesoría en temas como violencia doméstica y cómo obtener una pensión alimenticia.

Entre 2001 y 2003 la mortalidad materna ha disminuido en casi todos los distritos de salud donde funciona una casa materna, como puede verse en el cuadro siguiente:

Cuadro 30

MUERTES MATERNAS POR DISTRITO DE SALUD CON CASA MATERNA

Distrito de salud	Casa materna	1999	2000	2001 ¹	2002	2003
Región Atlántico Norte	Waspan	5	-	1	2	0
	Siuna	1	7	10	5	1
	Puerto Cabeza	1	2	6	2	0
Región Atlántico Sur	Bluefields	1	0	1	-	1
	Rama	-	-	-	-	-
	San Carlos	3	2	3	0	0
Río San Juan	Boca de Sábalo	-	-	-	-	-
	Matiguás	6	2	6	2	0
Matagalpa	Río Blanco	1	3	1	4	1

Fuente: Progenial. Servicios "Integrados para Combatir la Mortalidad Materna en Nicaragua: La Experiencia de Casas Maternas".

¹ El aumento en defunciones maternas que muestra el cuadro para el año 2001 refleja corresponde a cifras anteriores a la apertura de las casas maternas. La mayoría de las muertes ocurrieron en poblaciones remotas y no quedaban registradas.

Varias circunstancias han contribuido al éxito de las casas maternas:

La participación de la comunidad. La participación comunitaria en el desarrollo y gestión de las casas maternas ha sido muy importante para explicar su permanencia y éxito. En varios países de Centroamérica, incluida Nicaragua, ha habido en el pasado iniciativas similares desde la década de 1980, pero generalmente fueron promovidas por donantes y ONG internacionales que concentraron sus esfuerzos en la construcción de las instalaciones en lugar de fortalecer la capacidad de la comunidad para administrarlas, por lo cual en la mayoría de los casos no tuvieron continuidad.

El papel del Ministerio de Salud. El apoyo técnico del Ministerio de Salud a través de la fijación de la estrategia de salud y la coordinación de los diferentes operadores de salud ha sido fundamental para el éxito del modelo. Las iniciativas de casas maternas de los años ochenta no reconocieron al Ministerio de Salud como un socio y terminaron siendo excluidas del circuito formal en el área de salud; las actuales, por el contrario, están totalmente integradas al sistema. Allí donde la capacidad del Ministerio de Salud a nivel local es débil se ve afectada la habilidad de la casa materna y de todo el sistema de prestación de servicios: por ejemplo, la alta rotación de personal en Bluefields (3 directores de centros de salud y 2 médicos en salud materna en dos años) ha impedido que el proyecto de casas maternas se desarrolle según lo planificado.

La canasta de servicios. En las casas maternas anteriores se ofrecía a las mujeres embarazadas servicios de salud más completos (incluyendo el parto en el centro y atención permanente), lo cual las llevaba a competir con los servicios ofrecidos por el Centro de Salud y encarecía su funcionamiento. Las actuales se limitan a ofrecer alojamiento y comida, y los servicios médicos son brindados por el personal del Ministerio. Ello ha permitido mantener costos relativamente bajos, de un promedio de US\$ 33,3 por semana/mujer.

D. Compra de servicios de salud en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social

Poco después de tomado el poder, el Frente Sandinista impulsó una gran reforma del sector salud que pretendía unificar todo el sistema de financiamiento del sector para que todos los nicaragüenses tuvieran teóricamente las mismas oportunidades de acceso al sistema. En la práctica

ello significó que toda la red hospitalaria del Instituto Nicaragüense de la Seguridad Social pasó a manos del MINSA, y las cotizaciones que el INSS recaudaba entre sus asegurados empezaron a ser transferidas al Estado bajo el nombre de “cuota técnica”. Los asegurados del seguro de salud del INSS perdieron todos sus derechos y cuando necesitaban atención médica debían contratarla al sector privado o presentarse ante un Centro de Salud o un hospital público como lo haría cualquier otro nicaragüense no asegurado. Esto hizo que el INSS prácticamente desapareciera como asegurador y proveedor de salud, y sólo mantuvo su función de recaudador. Mantuvo, además, el seguro de invalidez, vejez y muerte, pero un conjunto de decretos entre 1979 y 1992 vinieron a perjudicar la salud financiera del fondo de pensiones: el gobierno creó una interminable lista de pensiones no contributivas cuyo financiamiento fue endosado al fondo de la seguridad social, y que hoy lo tienen con pérdidas operativas: pensiones a las víctimas de guerra, a las madres de los mártires, etc.

En 1993 hubo una nueva reforma de salud que devolvió al INSS la obligación de brindar servicios de salud diferenciados para sus asegurados, así como el control de los recursos provenientes de las cotizaciones: dejó de transferir la llamada “cuota técnica” al Ministerio de Finanzas. Como no tenía red y la inversión necesaria para constituir una red o para recuperar la que le había sido expropiada era muy cuantiosa, el INSS decidió comprar servicios de salud a proveedores que denominó Empresas Médicas Previsionales (EMP). Estas empresas son responsables de brindar una canasta de prestaciones a los asegurados directos, que incluye la atención de más o menos 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de 6 años y atención en obstetricia a las esposas de los asegurados directos. No está incluida la atención de enfermedades agudas cuyo tratamiento sea muy costoso, como enfermedades cardiovasculares y como cateterismos. A cambio de brindar esa canasta las EMP reciben un per capita homogéneo que a mediados del 2005 era de 214 córdobas, el equivalente de US\$ 12.7. Dicho monto es asignado entre todas las EMP en función del número de asegurados que se haya adherido a ellas, ya que los asegurados deben escoger una y pueden cambiar de EMP una vez al año. El INSS paga por capitación, sin co-pago ni límite en la cantidad de veces que el asegurado puede hacer uso de la EMP, y ésta no puede segmentar servicios sino que está obligada a brindar la totalidad del paquete; en caso de que no disponga de algunos de los servicios exigidos por el INSS, está obligada a subcontratarlos. En caso de incapacidad del trabajador, la EMP debe asumir el pago del subsidio monetario por enfermedad.

Para ser acreedoras de un contrato, las firmas deben pasar un proceso de acreditación, y una vez que se lo han adjudicado se ven sometidas a un proceso de supervisión y monitoreo bastante riguroso: en cada EMP el INSS destaca un médico supervisor a tiempo completo, responsable de velar por la calidad de los procedimientos y de recibir las quejas de los usuarios. Paulatinamente el INSS ha ido elevando los requisitos de acreditación, y ello ha conllevado una mejora notable en la infraestructura y el personal de las EMP: de unas cuantas “clínicas de garaje” con que comenzó el programa a mediados de los 90, hoy existe una red privada relativamente bien equipada que está desarrollándose aceleradamente.

Cuadro 31

NICARAGUA: EMP Y ADSCRITOS INSS, 1995-2004

Año	Nº EPM	Nº adscritos
1995	22	95 149
1996	28	129 836
1997	31	146 281
1998	35	157 459
1999	41	199 856
2000	46	229 587
2001	48	243 529
2002	48	252 353
2003	49	264 014
2004	48	292 037

Fuente: División de Planificación INSS.

Para el año 2004, el INSS poseía contrato con 48 EMP para los servicios médicos de sus asegurados, y existía un total de 292.037 de personas adscritas a esas 48 empresas. Es importante destacar que el INSS ha venido haciendo un importante esfuerzo por mejorar la atención brindada por estas empresas y por aumentar la cantidad de ellas que brindan sus servicios. En particular el INSS ha promovido en las regiones donde no existe red de servicios de salud la instalación de Empresas Médicas Previsionales que le permitan ampliar su cobertura. De hecho, como se mencionó antes, el INSS no exige la afiliación al seguro de salud a los asalariados de regiones donde no cuenta con un proveedor de servicios. Su estrategia de extensión de la cobertura ha consistido en identificar proveedores y promover que proveedores de calidad abran operaciones en las zonas donde no está instituido, con lo cual la obligatoriedad del aseguramiento al seguro de salud puede ser hecha efectiva. El número de personas adscritas a estas empresas pasó de 92.000 en 1995 a casi 300.000 en el 2004, lo que representa una mejora importante en la cobertura de asegurados por parte del INSS.

Las EMP pueden ser públicas o privadas. La mayor parte de los hospitales públicos han constituido EMP que venden sus servicios a los asegurados del INSS, que cuentan con entrada y servicios diferenciados. En cuanto a la entrada, los asegurados del INSS no deben someterse a las “colas” que deben hacer los usuarios ordinarios de la red del MINSa, y en cuanto a los servicios diferenciados se trata principalmente de servicios de hostelería: habitaciones con mejores acabados y mayor intimidad, opciones de mejor comida, etc. Los pagos que hace el INSS por la capitación de sus asegurados adscritos a una EMP pública, son normalmente utilizados para contratar el personal adicional en que el hospital público es deficitario o para equipar los servicios diferenciados.

El cuadro siguiente muestra la distribución de los asegurados del INSS entre las diversas Empresas Médicas Previsionales, según sean públicas o privadas:

Cuadro 32
NICARAGUA: ASEGURADOS POR EL INSS SEGUN EMP 2003 -2004

	Número de EMP		Asegurados		% asegurados	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
EMP Públicas	11	11	55 503	59 035	23	22
EMP MINSA	10	10	51 471	54 725	21	21
EMP Gobernación	1	1	4 032	4 310	2	1
EMP Ejercito	0	0	0	0	0	0
EMP Privadas	38	38	188 360	205 125	77	78
Total	49	49	243 863	264 160	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico INSS 2003.

Como puede verse en el cuadro anterior, el número de Empresas Médicas Previsionales contratadas por el INSS para los años 2003-2004 fue 49, de las cuales 10 pertenecen al Ministerio de Salud y 1 al Ministerio de Gobernación, las demás 38 son EMP del sector privado. Así mismo, el 22% de los asegurados del INSS optaron por adscribirse a Empresas Médicas Previsionales del sector público, mientras que el restante 78% se adscribieron a EMP privadas. Esta diferencia puede deberse a que el trato en las EMP privadas es mucho más personalizado, y de todas maneras la persona siempre tiene la posibilidad de acudir a un hospital público en caso de requerirlo.

Las EMP públicas no sólo venden sus servicios al INSS sino también a otras EMP con una menor capacidad resolutive. Muy a menudo las EMP privadas se ven obligadas a referir a un paciente a un hospital del MINSA, cuando la atención del quebrando de salud escapa a sus posibilidades técnicas. En ese caso, la EMP debe pagar al hospital público el costo del servicio. Por ello las EMP no dejan en manos de sus pacientes la decisión de ir a un hospital público, generalmente con una mayor capacidad resolutive, sino que reconocer al hospital público los gastos generados por un paciente, éste debe haber sido formalmente referido por la EMP en que está afiliado. Como a menudo la EMP es reacia a autorizar la remisión formal, algunas veces los pacientes, cuando piensan que su dolencia excede la capacidad resolutive de la EMP, deciden ir directamente al hospital público, que está en obligación de atenderlo pero no puede facturar dicha atención al INSS. De allí que a menudo se escuche que hay un subsidio más o menos implícito del sector público al privado.

Un estudio realizado por el Proyecto de Modernización del Sector Salud mostró que de los 6 hospitales en proceso de modernización sólo 2 tenían servicios diferenciados rentables, mientras que en los otros 4 los servicios diferenciados estaban recibiendo un subsidio de la operación ordinaria del hospital. Dos causas pueden señalarse de este hecho. Por una parte, los hospitales públicos no cuentan con una adecuada contabilidad de costos que les indique con claridad el costo de sus diferentes servicios y que les permita facturarlos adecuadamente. Por otra parte, muchos asegurados del INSS son atendidos por los hospitales públicos sin que estos últimos puedan exigir el reconocimiento de los costos de atención a la EMP a que está adscrito el paciente.

Ahora bien, independientemente de que el primer problema deba ser corregido con adecuados procedimientos de registro, facturación y cobro, y de que el segundo problema exija una definición estratégica en torno a las obligaciones del MINSA con los ciudadanos que tienen suficiente capacidad de pago como para asegurarse, lo cierto es que la historia ha querido que este programa de compra de servicios del INSS es la única experiencia en la región de una verdadera separación entre la función de aseguramiento y compra de servicios, por un lado, y la función de provisión de servicios, por el otro.

Este esquema da la posibilidad al INSS de impulsar en la actualidad una extensión en la cobertura, tanto vertical como horizontal.

La extensión vertical de la cobertura se produce con la ampliación de la atención a los hijos menores de 12 años (lo cual representa la incorporación de 125,000 niños a los 180,000 que ya había asegurados con menos de 6 años) y al cáncer de mama y de cerviz para las cónyuges de los asegurados. La atención de los niños se dará dentro del pago per capita, mientras que la del cáncer se pagará por evento. Este aumento en la cobertura vertical se da como respuesta a un fortalecimiento financiero del seguro de salud como resultado de la separación contable entre ese seguro y el de pensiones, que venía siendo subsidiado por el de salud.

La extensión horizontal se da no sólo a través de la identificación de nuevas empresas en zonas donde antes el INSS no ofrecía sus servicios de aseguramiento de salud, sino también con la incorporación de un seguro voluntario para los trabajadores independientes. El seguro consiste en el pago de un monto flat, una parte del cual es transferido a la EMP bajo la forma de capitación, como para los trabajadores asalariados. En este caso el asegurado podría limitar su aseguramiento a salud, que constituye el seguro que interesa a los trabajadores independientes, pero queda excluido el subsidio por enfermedad. El modelo, que estaba a punto de ser echado a andar a mediados del 2005 en una experiencia piloto en el mercado Roberto Huembes, comenzará con afiliación individual, aunque no excluye la posibilidad de realizar alguna forma de afiliación colectiva que descargue en las organizaciones gremiales la responsabilidad de la recaudación.

VII. Conclusiones

La reforma del sector salud en Nicaragua muestra éxitos en varios campos. En primer lugar, ha habido una significativa extensión de la cobertura, tanto entre los grupos asalariados urbanos (atendidos por el INSS) como entre sectores de la población que habían estado tradicionalmente excluidos. Particularmente importante ha sido el aumento de la atención primaria del embarazo y los niños pequeños, realizada con una creativa combinación de instrumentos y programas; el aumento de los controles ha redundado en una reducción importante de la mortalidad materno-infantil. En segundo lugar, la modernización hospitalaria y la integración entre los niveles de atención han sido relativamente exitosas. Varios indicadores de calidad y de eficiencia muestran una notable mejoría en el desempeño de las unidades de segundo y tercer nivel de atención, lo cual es el resultado del desarrollo en la capacidad de gestión. En tercer lugar, cabe destacar el desarrollo institucional que se ha venido dando en varios ámbitos del Ministerio de Salud y del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, aunque en esta área es posiblemente donde el país se encuentra más rezagado, particularmente en lo que se refiere a las funciones de rectoría del Ministerio. Del desarrollo institucional del INSS cabe destacar la separación de los seguros de salud y de pensiones, la modernización de su gestión de cobro y el desarrollo de la capacidad de monitoreo y supervisión sobre las entidades a las que compra los servicios de salud. Y en cuarto lugar, finalmente, resulta muy relevante en el contexto centroamericano la experiencia de compra de servicios realizada por el INSS, sobre todo por la participación de los hospitales públicos en competencia con los proveedores privados. Aunque la experiencia es relativamente joven y adolece de debilidades

que los mismos reformadores apuntan, puede arrojar enseñanzas para el conjunto de la región, y particularmente para Honduras, cuya seguridad social cuenta con un programa de extensión de la cobertura basado en la compra de servicios.

Un aspecto que debe ser señalado como un logro es el relativo consenso que el país ha conseguido alcanzar en torno a la dirección de las reformas. Tras casi dos décadas de inestabilidad institucional, Nicaragua cuenta hoy con un programa de modernización de su sector salud bastante coherente y compartido a lo largo de los diferentes niveles de la institucionalidad. Este hecho, extraordinario en un país desgarrado por serios conflictos políticos, debe ser anotado como una de las principales fortalezas del proceso de reforma. Sin embargo, la sostenibilidad del proceso enfrenta varias amenazas que podrían revertir muchos de los logros alcanzados hasta el momento.

Una primera amenaza es la dificultad del Ministerio de Salud para incorporar dentro de sus estructuras permanentes los proyectos y los funcionarios financiados con recursos externos. En algún momento esta dificultad tenía que ver con el diseño original de los proyectos, pero eso se superó y en este momento se hace un esfuerzo desde el inicio por que el personal de planta del Ministerio participe activamente en la conceptualización, ejecución y evaluación de los diferentes proyectos. Sin embargo, una dificultad objetiva para que los programas financiados con recursos externos terminen de ser incorporados por la institucionalidad nicaragüense es el nivel de ingresos de los funcionarios públicos, mucho más bajos que los honorarios de consultor que pueden pagar las unidades ejecutoras de los préstamos y las donaciones. Este hecho no sólo plantea problemas de integración con los funcionarios de planta, sino que da lugar a una fuga de personal calificado que hace perderse buena parte de los resultados de la reforma. Esto se ha visto con especial crudeza en el programa de modernización hospitalaria, ya que muchos de los funcionarios calificados han terminado yéndose para proveedores privados, menos importantes desde el punto de vista de la población que atienden pero en capacidad de ofrecerles salarios mucho más altos. El país debe rediseñar el sistema de incentivos y obligaciones del personal gerencial de salud con el fin de procurarse una mayor estabilidad. Los convenios de gestión y los bonos de desempeño pueden ser el instrumento que permita hacerlo.

La segunda amenaza tiene que ver con el financiamiento del sector. Hasta ahora la totalidad de la reforma ha sido financiada con recursos externos, ya sea empréstitos o donaciones. Aunque el flujo de recursos externos no vaya a disminuir en los próximos años, el país debe pensar en mecanismos de financiamiento más regulares para sus servicios de salud a largo plazo, de manera que desde ahora empiecen a tomarse las medidas que permitan ir ganando poco a poco algún grado de autosuficiencia.

La tercera amenaza, finalmente, tiene que ver con el estancamiento del proceso de reforma. Hay varios ámbitos en que el país tiene que seguir avanzando, pues de lo contrario se perderán los logros alcanzados. Uno de ellos es el proceso de transferencia de riesgos y potestades hacia las unidades proveedoras de servicios. Para ello debe fortalecerse la capacidad de compra y de monitoreo del Ministerio de Salud, lo cual incluye la creación de unidades especializadas en la asignación de recursos y el desarrollo de sus sistemas de información, así como continuar avanzando con toda la modernización de la administración financiera del Ministerio.

Anexo

Indicadores hospitalarios por hospital, 1995-2004

Cuadro 33

**NICARAGUA: INDICADORES DE GESTION SEGÚN HOSPITAL.
MINISTERIO DE SALUD, NICARAGUA: 1995 – 2004**

Hospital	Intervalo de sustitución	Tasa de mortalidad por 100 egresos		Índice de ocupación	Giro de camas	Estancia promedio
		neta	bruta			
Hospital España	2,53	1,75	4,55	63,41	46,31	5,09
Hospital Oscar Rosales	2,10	0,93	1,80	68,62	63,66	4,00
Hospital Antonio Fonseca	2,94	3,70	7,11	70,24	41,68	6,24
Hospital Fernando Paiz	1,68	0,60	0,98	71,21	69,72	3,83
Hospital Roberto Calderón	3,99	5,35	8,28	77,81	36,18	7,92
Hospital Bertha Calderón	1,69	0,50	1,10	62,85	83,49	2,79
Hospital Regional Santiago	2,58	0,61	1,11	60,54	72,80	3,11
Hospital César Molina	1,00	1,21	2,30	73,09	81,06	3,43
Hospital Juan Antonio Brenes	2,58	0,31	0,63	66,67	62,44	3,92
Hospital Alfonso Moncabal	1,45	0,30	0,99	67,42	68,18	3,61
Hospital La Trinidad	3,42	0,70	0,91	71,29	51,01	5,32
Hospital Alejandro Bolaños	1,56	0,30	0,99	80,60	72,90	4,16
Hospital Mauricio Abdalah	0,98	0,17	0,64	70,54	98,27	2,68
Hospital La Mascota	2,72	2,63	3,33	75,46	40,39	6,83
Centro Nac. De Radioterapia	4,65	0,00	0,00	42,51	79,63	1,96
Hospital Alemán Nicaraguense	1,42	0,54	1,20	62,84	96,30	2,45
Hospital Gaspar Laviana	3,05	0,65	1,25	62,55	58,35	3,98
Hospital Amistad Japón Nicaragua	1,75	0,46	1,36	78,31	81,20	3,53
Hospital San José	4,11	0,40	0,44	39,50	39,95	3,59
Hospital Humberto Alvarado	1,23	0,67	1,26	72,55	87,35	3,03
Hospital José Nieborowsky	1,22	0,47	1,40	78,61	87,56	3,29
Hospital Asunción	1,95	0,74	1,70	76,45	60,93	4,49
Hospital Victoria Motta	1,06	0,63	1,93	93,88	75,60	4,57
Hospital Nuevo Amanecer	1,35	1,21	2,30	89,94	62,51	4,31
Hospital Regional Hernesto Seq	2,58	0,46	1,19	56,96	52,47	4,06
Hospital Luis Moncada	2,27	0,43	1,03	88,58	77,33	4,16
Total	2,23	0,99	1,91	70,09	67,20	4,09

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria. Ministerio de Salud, República de Nicaragua, 1995-2004.

Bibliografía

- Herrera, Carlos Martín (2004), “Evaluación del Componente de Modernización Hospitalaria”, Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, noviembre.
- Marín, Fernando (2004), “Evaluación de las Intervenciones del Componente de Fortalecimiento Institucional”, Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, 16 de agosto.
- Ministerio de Salud (2003), “El Hospital Moderno” Dirección Segundo Nivel de Atención, Managua, junio.
- ___ (2001), “Cuentas Nacionales en Salud. Informe 1995-2001” de la División General de Planificación y Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud, “El Perfil del Sistema de Servicios de Nicaragua”.
- Progenial, Servicios (2004), “Integrados para Combatir la Mortalidad Materna en Nicaragua: La Experiencia de Casas Maternas”, Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, mayo.
- Roser, Vicente (2004), “Evaluación de las intervenciones en atención Primaria en Salud del Programa de Modernización del Sector Salud del Ministerio de Salud”, Programa de Modernización del Sector Salud, Ministerio de Salud, Managua, septiembre.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****financiamiento del desarrollo****Números publicados:**

1. Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
2. Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
3. Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
4. Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
5. La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
6. Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
7. El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
8. Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
9. Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
10. ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
11. La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
12. Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
13. Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
14. Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
15. Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
16. El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
17. La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
18. Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
19. Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
20. Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
21. Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.
22. La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
23. Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosín y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
24. Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
25. El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
26. Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo Ffrench-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
27. Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
28. El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
29. Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.

30. Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
31. Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
32. Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
33. Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
34. Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
35. Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
36. Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
37. Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
38. Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
39. Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
40. Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
41. Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
42. Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
43. Choques, respostas de politica económica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
44. Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
45. Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Holzmann (LC/L.1007), 1997.
46. Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
47. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
48. On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Holzmann (LC/L.1012), 1997.
49. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997. [www](#)
50. La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
51. Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
52. A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997. [www](#)
53. Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997. [www](#)
54. Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
55. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997. [www](#)
56. Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
57. Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
58. Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
59. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
60. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
61. Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
62. Acceso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
63. Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzales Arrieta (LC/L.1045), 1997.
64. Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.

65. Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
66. Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis A. Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
67. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
68. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
69. Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
70. Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
71. Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
72. Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
73. Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
74. Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
75. El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
76. Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
77. El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
78. El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999. [www](#)
79. Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999. [www](#)
80. La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), N° de venta: S.99.II.G.10 (US\$10.0), 1999. [www](#)
81. El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, Rebeca Grynspan y Dennis Meléndez (LC/L.1212-P), N° de venta: S.99.II.G.11 (US\$10.0), 1999. [www](#)
82. O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro, Rosa María Márques, (LC/L.1233-P), N° de venta: S.99.II.G.14 (US\$10.0), 1999. [www](#)
83. Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), N° de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999. [www](#)
84. Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), N° de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999. [www](#)
85. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), N° de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999. [www](#)
86. Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), N° de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999. [www](#)
87. Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales Number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999. [www](#)
88. Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales Number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999. [www](#)
89. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), N° de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999. [www](#)
90. Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), N° de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999. [www](#)
91. Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), N° de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000. [www](#)
92. Un perfil del déficit de vivienda en Chile, 1994. Raquel Szalachman (LC/L.1337-P), N° de venta: S.00.II.G.22 (US\$10.0), 2000. [www](#)
93. Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina. Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.1344-P), N° de venta: S.00.II.G.29 (US\$10.0), 2000. [www](#)

94. Proyección de responsabilidades fiscales asociadas a la reforma previsional en Argentina, Walter Schulthess, Fabio Bertranou y Carlos Grushka, (LC/L.1345-P), N° de venta: S.00.II.G.30 (US\$10.0), 2000. [www](#)
95. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997, Humberto Mora Alvarez, (LC/L.1372-P), N° de venta: S.00.II.G.51 (US\$10.0), 2000. [www](#)
96. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia, Günther Held, (LC/L.1382-P), N° de venta: S.00.II.G.55 (US\$10.0), 2000. [www](#)
97. Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios, Vinícius Carvalho Pinheiro y Solange Paiva Vieira, (LC/L.1386-P), N° de venta: S.00.II.G.62 (US\$10.0), 2000. [www](#)
98. Costos e incentivos en la organización de un sistema de pensiones, Adolfo Rodríguez Herrera y Fabio Durán Valverde, (LC/L.1388-P), N° de venta: S.00.II.G.63 (US\$10.0), 2000. [www](#)
99. Políticas para canalizar mayores recursos de los fondos de pensiones hacia la inversión real en México, Luis N. Rubalcava y Octavio Gutiérrez (LC/L.1393-P), N° de venta: S.00.II.G.66 (US\$10.0), 2000. [www](#)
100. Los costos de la transición en un régimen de beneficio definido, Adolfo Rodríguez y Fabio Durán (LC/L.1405-P), N° de venta: S.00.II.G.74 (US\$10.0), 2000. [www](#)
101. Efectos fiscales de la reforma de la seguridad social en Uruguay, Nelson Noya y Silvia Laens, (LC/L.1408-P), N° de venta: S.00.II.G.78 (US\$10.0), 2000. [www](#)
102. Pension funds and the financing productive investment. An analysis based on Brazil's recent experience, Rogerio Studart, (LC/L.1409-P), Sales Number: E.00.II.G.83 (US\$10.0), 2000. [www](#)
103. Perfil de déficit y políticas de vivienda de interés social: situación de algunos países de la región en los noventa, Raquel Szalachman, (LC/L.1417-P), N° de venta: S.00.II.G.89 (US\$10.0), 2000. [www](#)
104. Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes, Daniel Titelman, (LC/L.1425-P), N° de venta: S.00.II.G.99 (US\$10.0), 2000. [www](#)
105. Cobertura previsional en Chile: Lecciones y desafíos del sistema de pensiones administrado por el sector privado, Alberto Arenas de Mesa (LC/L.1457-P), N° de venta: S.00.II.G.137 (US\$10.0), 2000. [www](#)
106. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, Jorge Rodríguez C. y Marcelo Tokman R. (LC/L.1458-P), N° de venta: S.00.II.G.139 (US\$10.00), 2000. [www](#)
107. Políticas para promover una ampliación de la cobertura de los sistemas de pensiones, Gonzalo Hernández Licona (LC/L.1482-P), N° de venta: S.01.II.G.15 (US\$10.0), 2001. [www](#)
108. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion y Luis Gonzalo Morales (LC/L.1526-P), N° de venta: S.01.II.G.71 (US\$10.0), 2001. [www](#)
109. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica, Fernando Herrero y Fabio Durán (LC/L.1527-P), N° de venta: S.01.II.G.72 (US\$10.00), 2001. [www](#)
110. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Uruguay, Fernando Lorenzo y Rosa Osimani (LC/L.1547-P), N° de venta: S.01.II.G.88 (US\$10.00), 2001. [www](#)
111. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas, Marino J. González R. (LC/L.1553-P), N° de venta: S.01.II.G.95 (US\$10.00), 2001. [www](#)
112. La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes, Andras Uthoff (LC/L.1575-P), N° de venta: S.01.II.G.118 (US\$10.00), 2001.
113. International Finance and Caribbean Development, P. Desmond Brunton and S. Valerie Kelsick (LC/L.1609-P), Sales Number: E.01.II.G.151 (US\$10.00), 2001. [www](#)
114. Pension Reform in Europe in the 90s and Lessons for Latin America, Louise Fox and Edward Palmer (LC/L.1628-P), Sales Number: E.01.II.G.166 (US\$10.00), 2001. [www](#)
115. El ahorro familiar en Chile, Enrique Errázuriz L., Fernando Ochoa C., Eliana Olivares B. (LC/L.1629-P), N° de venta: S.01.II.G.174 (US\$10.00), 2001. [www](#)
116. Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia, Olga Lucía Acosta y Ulpiano Ayala (LC/L.1630-P), N° de venta: S.01.II.G.167 (US\$10.00), 2001. [www](#)
117. La crisis de la deuda, el financiamiento internacional y la participación del sector privado, José Luis Machinea, (LC/L.1713-P), N° de venta: S.02.II.G.23 (US\$10.00), 2002. [www](#)
118. Políticas para promover una ampliación de la cobertura del sistema de pensiones en Colombia, Ulpiano Ayala y Olga Lucía Acosta, (LC/L.1724-P), N° de venta: S.02.II.G.39 (US\$10.00), 2002. [www](#)
119. La banca multilateral de desarrollo en América Latina, Francisco Sagasti, (LC/L.1731-P), N° de venta: S.02.II.G.42 (US\$10.00), 2002. [www](#)
120. Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos en Bolivia, Juan Carlos Requena, (LC/L.1747-P), N° de venta: S.02.II.G.59 (US\$10.00), 2002. [www](#)
121. Multilateral Banking and Development Financing in a Context of Financial Volatility, Daniel Titelman, (LC/L.1746-P), Sales Number: E.02.II.G.58 (US\$10.00), 2002. [www](#)

122. El crédito hipotecario y el acceso a la vivienda para los hogares de menores ingresos en América Latina, Gerardo M. Gonzales Arrieta, (LC/L.1779-P), N° de venta S.02.II.G.94 (US\$10.00), 2002. [www](#)
123. Equidad de género en el sistema de salud chileno, Molly Pollack E., (LC/L.1784-P), N° de venta S.02.II.G.99 (US\$10.00), 2002. [www](#)
124. Alternativas de políticas para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de Costa Rica, Saúl Weisleder, (LC/L.1825-P), N° de venta S.02.II.G.132 (US\$10.00), 2002. [www](#)
125. From hard-peg to hard landing? Recent experiences of Argentina and Ecuador, Alfredo Calcagno, Sandra Manuelito, Daniel Titelman, (LC/L.1849-P), Sales Number: E.03.II.G.17 (US\$10.00), 2003. [www](#)
126. Un análisis de la regulación prudencial en el caso colombiano y propuestas para reducir sus efectos procíclicos, Néstor Humberto Martínez Neira y José Miguel Calderón López, (LC/L.1852-P), N° de venta S.03.II.G.20 (US\$10.00), 2003. [www](#)
127. Hacia una visión integrada para enfrentar la inestabilidad y el riesgo, Víctor E. Tokman, (LC/L.1877-P), N° de venta S.03.II.G.44 (US\$10.00), 2003. [www](#)
128. Promoviendo el ahorro de los grupos de menores ingresos: experiencias latinoamericanas., Raquel Szalachman, (LC/L.1878-P), N° de venta: S.03.II.G.45 (US\$10.00), 2003. [www](#)
129. Macroeconomic success and social vulnerability: lessons for Latin America from the celtic tiger, Peadar Kirby, (LC/L.1879-P), Sales Number E.03.II.G.46 (US\$10.00), 2003. [www](#)
130. Vulnerabilidad del empleo en Lima. Un enfoque a partir de encuestas a hogares, Javier Herrera y Nancy Hidalgo, (LC/L.1880-P), N° de venta S.03.II.G.49 (US\$10.00), 2003. [www](#)
131. Evaluación de las reformas a los sistemas de pensiones: cuatro aspectos críticos y sugerencias de políticas, Luis Felipe Jiménez y Jessica Cuadros (LC/L.1913-P), N° de venta S.03.II.G.71 (US\$10.00), 2003. [www](#)
132. Macroeconomic volatility and social vulnerability in Brazil: The Cardoso government (1995-2002) and perspectives, Roberto Macedo (LC/L.1914-P), Sales Number E.03.II.G.72 (US\$10.00), 2003. [www](#)
133. Seguros de desempleo, objetivos, características y situación en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.1917-P), N° de venta S.03.II.G.73 (US\$10.00), 2003. [www](#)
134. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal, Daniel Titelman y Andras Uthoff (LC/L.1919-P), N° de venta S.03.II.G.74 (US\$10.00), 2003. [www](#)
135. Políticas macroeconómicas y vulnerabilidad social. La Argentina en los años noventa, Mario Damill, Roberto Frenkel y Roxana Maurizio, (LC/L.1929-P), N° de venta S.03.II.G.84 (US\$10.00), 2003. [www](#)
136. Política fiscal y protección social: sus vínculos en la experiencia chilena, Alberto Arenas de Mesa y Julio Guzmán Cox, (LC/L.1930-P), N° de venta S.03.II.G.86 (US\$10.00), 2003. [www](#)
137. La banca de desarrollo y el financiamiento productivo, Daniel Titelman, (LC/L.1980-P), N° de venta S.03.II.G.139 (US\$10.00), 2003. [www](#)
138. Acceso al crédito bancario de las microempresas chilenas: lecciones de la década de los noventa, Enrique Román, (LC/L.1981-P), N° de venta S.03.II.G.140 (US\$10.00), 2003. [www](#)
139. Microfinanzas en Centroamérica: los avances y desafíos, Iris Villalobos, Arie Sanders y Marieke de Ruijter de Wildt, (LC/L.1982-P), N° de venta: S.03.II.G.141 (US\$10.00), 2003. [www](#)
140. Régime de croissance, vulnérabilité financière et protection sociale en Amérique latine. Les conditions «macro» de l'efficacité de la lutte contre la pauvreté, Bruno Lautier, Jaime Marques-Pereira, et Pierre Salama, (LC/L.2001-P) N° de vente: F.03.II.G.162 (US\$10.00), 2003. [www](#)
141. Las redes de protección social: modelo incompleto, Olga Lucía Acosta y Juan Carlos Ramírez, (LC/L.2067-P), N° de venta S.04.II.G.10 (US\$10.00), 2004. [www](#)
142. Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres, Jessica Cuadros y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.2070-P), N° de venta S.04.II.G.13 (US\$10.00), 2004. [www](#)
143. Macroeconomía y pobreza: lecciones desde latinoamérica, Luis Felipe López-Calva y Mabel Andalon López, (LC/L.2071-P), N° de venta S.04.II.G.14 (US\$10.00), 2004. [www](#)
144. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social, Carmelo Mesa-Lago, (LC/L.2090-P), N° de venta S.04.II.G.29 (US\$10.00), 2004. [www](#)
145. Microfinanzas en Bolivia, Jorge MacLean, (LC/L. 2093-P) N° de venta: S.04.II.G.32 (US\$10.00), 2004. [www](#)
146. Asimetrías, comercio y financiamiento en el área de libre comercio de las Américas (ALCA), y en América Latina y el Caribe, Héctor Assael, (LC/L.2094-P), N° de venta S.04.II.G.31 (US\$10.00), 2004. [www](#)
147. Crecimiento, competitividad y equidad: rol del sector financiero, Molly Pollack y Alvaro García, (LC/L.2142-P), N° de venta S.04.II.G.69 (US\$10.00), 2004. [www](#)
148. Opciones de la banca de desarrollo en Chile: el “convidado de piedra” del sistema financiero chileno, Gonzalo Rivas, (LC/L.2143-P), N° de venta S.04.II.G.70 (US\$10.00), 2004. [www](#)

149. Microfinanzas rurales: experiencias y lecciones para América latina, Alejandro Gutierrez, (LC/L.2165-P), N° de venta S.04.II.G.93 (US\$10.00), 2004. [www](#)
150. Las dimensiones laborales de la transformación productiva con equidad, Víctor E. Tokman, (LC/L.2187-P), N° de venta S.04.II.G.115 (US\$10.00), 2004. [www](#)
151. Sistema previsional Argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma, Oscar Cetrángolo y Carlos Grushka, (LC/L.2219-P), N° de venta S.04.II.G.139 (US\$10.00), 2004. [www](#)
152. Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno, Stephen Blackburn, Consuelo Espinosa y Marcelo Tokman (LC/L.2221-P), N° de venta S.04.II.G.143 (US\$10.00), 2004. [www](#)
153. La evolución y perspectivas de la banca de desarrollo en latinoamérica frente al caso colombiano, Beatriz Marulanda y Mariana Paredes, (LC/L.2248-P), N° de venta S.05.II.G.6 (US\$10.00), 2004. [www](#)
154. Evolución, perspectivas y diseño de políticas sobre la banca de desarrollo en el Perú, Marco Castillo Torres, (LC/L.2274-P), N° de venta S.04.II.G.25 (US\$10.00), 2005. [www](#)
155. A experiência brasileira com instituições financeiras de desenvolvimento, Carlos Eduardo de Freitas, (LC/L.2328-P), N° de venta P.04.II.G.115 (US\$10.00), 2005. [www](#)
156. Regional financial integration in east Asia: challenges and prospect, Yung Chul Park, retirada.
157. La banca de desarrollo en América Latina y el Caribe, Romy Calderón Alcas, (LC/L.2330-P) N° de venta: S.05.II.G.81 (US\$10.00). 2005. [www](#)
158. Asian bond market development: rationale and strategy, Yung Chul Park, Jae Ha Park, Julia Leung, Kanit Sangsubhan, retirada.
159. An analysis of the experiences of financial and monetary cooperation in Africa, Ernest Aryeetey, retirada.
160. The Arab experience, Georges Corm, retirada.
161. European financial institutions: a useful inspiration for developing countries?, Stephany Griffith-Jones, Alfred Steinherr, Ana Teresa Fuzzo de Lima, retirada.
162. Reforming the global financial architecture: the potential of regional institutions, Roy Culpeper, retirada.
163. Regional development banks: a comparative perspective, Francisco Sagasti and Fernando Prada, retirada.
164. Regional exchange rate arrangements: the european experience, Charles Wyplosz, retirada.
165. Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina y el Caribe, Alvaro Vásquez V., (LC/L.2427-P). N° de venta S.05.II.G.174 (US\$10.00). 2005. [www](#)
166. La protección frente al desempleo en América Latina, Mario D. Velásquez Pinto, (LC/L.2470-P). N° de venta S.05.II.G.217 (US\$10.00). 2005. [www](#)
167. Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context, Larry Willmore, (LC/L2481-P). Sales Number: E.06.II.G.12 (US\$10.00).2006. [www](#)
168. Inclusion of the European “Nordic Model” in the debate concerning reform of social protection: the long-term development of nordic welfare systems 1890-2005 and their transferability to Latin America of the 21st century, Eero Carroll and Joakim Palme, (LC/L.2493-P). Sales Number: E.06.II.G.24 (US\$10.00). 2006. [www](#)
169. Relación de dependencia del trabajo formal y brechas de protección social en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff, Cecilia Vera y Nora Ruedí , (LC/L.2497-P). N° de venta S.06.II.G.29 (US\$10.00). 2006. [www](#)
170. Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social, Víctor Tokman, (LC/L.2507-P). N° de venta S.06.II.G.39 (US\$10.00). 2006. [www](#)
171. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2524-P). N° de venta S.06.II.G.51 (US\$10.00). 2006. [www](#)
172. Protección social efectiva, calidad de la cobertura, equidad y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile, Alberto Arenas de Mesa, María Claudia Llanes y Fidel Miranda, (LC/L.2555-P). N° de venta S.06.II.G.83 (US\$10.00), 2006. [www](#)
173. La reforma de salud en Costa Rica, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2540-P) N° de venta: S.06.II.G.68 (US\$10.00), 2006. [www](#)
174. La reforma de salud en Honduras, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2541-P). N° de ventas S.06.II.G.69 (US\$10.00). 2006. [www](#)
175. La reforma de salud en Nicaragua, Adolfo Rodríguez Herrera, (LC/L.2552-P). N° de ventas S.06.II.G.79 (US\$10.00). 2006. [www](#)

Nombre:
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:
Tel.: Fax: E.mail: