PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

NICARAGUA

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA

Mayo 2008

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Organización Mundial de la Salud

PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE NICARAGUA

Mayo 2008
(Tercera Edición)

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

*

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
"Perfil de Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma" 3ra. Ed.

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33277-1 (Electrónico)
978-92-75-32949-9 (Impreso)

I. Título

1. SERVICIOS DE SALUD – normas
2. PERFIL DE SALUD
3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD
4. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
5. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD – normas
6. NICARAGUA

NLM WA540 DN5

Washington DC, Mayo 2008

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PERSONAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Consultor para la elaboración del Perfil de Salud: Dr. Jaime Espinosa Ferrando.
Supervisón de la elaboración del Perfil de Salud: *Maria Angelica Gomes,* Asesora en Desarrollo de Sistemas, Tecnología y Servicios de Salud, OPS/OMS Nicaragua.
Alejandro Solís Martínez, Director General de Planificación y Desarrollo. MINSA

Funcionarios que Prepararon el Perfil de Salud, MINSA

- División general de Planificación y Desarrollo: Lic. Dina Soza, Dr. Luis Carballo, Dr. Carlos Cruz, Lic. María Teresa Guerrero, Lic. Doris Ibarra, Lic. Ariel Salinas, Lic. Marlene Álvarez, Lic. Maritza Cáceres.
- Dirección General de Servicios de Salud : Dr. Jorge Orochena, Dra. Dinora Corea.
- Dirección General de Regulación Sanitaria: Dra. Juana Ortega, Dra. Martha Galo, Dra. Carolina Dávila, Dra. Melba Barrantes.
- División General Administrativa Financiera: Lic. Marina Aviléz.
- División General de Recursos Humanos: Lic. Reyna Castillo, Lic. María Leonor Vásquez.
- Dirección General de Vigilancia de la Salud Publica: Dra. Maribel Orozco, Dr. Jesús Marín, Ing. Maritza Obando, Dra. Wendy Idiaquez.
- División General de abastecimiento y recursos físicos para la salud: Dra. Claudia Cerda, Dr. Manuel Córdoba.

Funcionarios que Revisaron el Perfil de Salud, MINSA

- Ministro de Salud: Guillermo González
- Secretario General: Adrián Zelaya
- Dirección General de Servicios de Salud: Liana Vega
- Dirección General de Regulación Sanitaria: Juana Ortega
- Dirección General de Vigilancia de la Salud Publica: Maribel Orozco
- División General de Planificación y Desarrollo: Alejandro Solís
- División General Administrativa Financiera: Jaime González
- División General de Recursos Humanos: Humberto Murillo
- División General de abastecimiento y recursos físicos para la salud: Claudia Cerda

Funcionarios que Revisaron el Perfil de Salud, OPS/OMS

- Representante OPS/OMS Nicaragua: Socorro Gross Galiano
- Asesora Internacional en Desarrollo de Sistemas, Tecnología y Servicios de Salud OPS/OMS Nicaragua: Maria Angelica Gomes
- Profesional Nacional: Roger Montes Flores
- Oficial IKM: Julio Cajina

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIACIONES i
RESUMEN EJECUTIVO ii

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD 1
1.1. Análisis de la Situación de Salud 1
1.1.1. Análisis Demográfico 1
1.1.2. Análisis Epidemiológico 4
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio 10
1.2. Determinantes de Salud 13
1.2.1. Determinantes Políticos 13
1.2.2. Determinantes Económicos 13
1.2.3. Determinantes Sociales 17
1.2.4. Determinantes Medio Ambientales 18

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD 19
2.1 Rectoría 19
2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria 19
2.1.2. Conducción de la Política General de Salud 19
2.1.3. Regulación Sectorial 20
2.2. Financiamiento y Aseguramiento 22
2.2.1. Financiamiento y Gasto 22
2.2.2. Aseguramiento 25
2.2.2.1. Marco Legal 26
2.2.2.2. Beneficios 26
2.2.2.3. Estructura y Gestión 26
2.2.2.4. Cobertura poblacional 26
2.2.2.5. Mecanismos de Pago a Prestadores 27
2.3. Provición de Servicios 28
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud 28
2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud 30
2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos 30
2.3.2.2. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud 31
2.3.3. Medicamentos y otros Productos Sanitarios 31
2.3.4. Equipo y Tecnología 32
2.3.5. Calidad de los Servicios 33
2.4. Mapeo Institucional del Sistema de Salud 34

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA 35
3.1. Efecto sobre las “Funciones del Sistema de Salud” 35
3.2. Efecto sobre los “Principios Orientadores de las Reformas” 38
3.2.1. Equidad 38
3.2.1.1. Cobertura 38
3.2.2. Participación Social 38
3.3. Análisis de Actores 40

BIBLIOGRAFÍA 41

LISTA DE ABREVIACIONES

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMUNIC	Asociación de Municipios de Nicaragua
APS	Atención Primaria en Salud
BCN	Banco Central de Nicaragua
CBEC	Conjunto Básico de Extensión de Cobertura
CIMED	Centro de Información de Medicamentos
CNM	Comisión Nacional de Micronutrientes
CONALAMA	Comisión Nacional de Lactancia Materna
CONAPA	Comisión Nacional de Agua y Saneamiento
CONAPINA	Consejo Nacional de Protección y Atención Integral a la Niñez y a la Adolescencia
CONARE	Consejo Nacional de Rehabilitación
CONASAN	Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria
CONISIDA	Comisión Nicaragüense del SIDA
CONPES	Consejo Nacional de Planificación Económica Social
COSEP	Consejo Superior de la Empresa Privada
COTESAN	Comisión Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CPN	Control Prenatal
CPV	Censo de Población y de Vivienda
CRA	Consejo Regional Autónomo
DGA	Dirección General de Aduanas
DGAF	División General Administrativa Financiera
DGI	Dirección General de Ingresos
DGPD	División General de Planificación y Desarrollo
ECACS	Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EMNV	Encuesta de Medición del Nivel de Vida
EMP	Empresa Médica Provisional
ENACAL	Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados
ENAP	Empresa Nacional de Puertos
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
ESS	Enfoque Sectorial en Salud
FISE	Fondo de Inversión Social de Emergencia
FNI	Financiera Nicaragüense de Inversiones
FONMAT	Fondo para la Maternidad e Infancia Segura
IDHM	Índice de Desarrollo Humano Municipal
INAA	Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INETER	Instituto Nicaragüenses de Estudios Territoriales
INIFOM	Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal
INIM	Instituto Nicaragüense de la Mujer
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
INTA	Instituto Nicaragüense de Tecnología Agropecuaria
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infección de Transmisión Sexual

MAGFOR	Ministerio Agropecuario y Forestal
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MARENA	Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales
MECD	Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
MEF	Mujer en Edad Fértil
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIFAMILIA	Ministerio de la Familia
MIFIC	Ministerio de Fomento Industria y Comercio
MIGOB	Ministerio de Gobernación
MINSA	Ministerio de Salud
MITRAB	Ministerio del Trabajo
MTI	Ministerio de Transporte e Infraestructura
ND	No Disponible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBSS	Paquete Básico de Servicios de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMSS	Programa de Modernización del Sector Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Plan Nacional de Salud
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur
RNC	Régimen no contributivo.
SECEP	Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia
SEJUVE	Secretaría de la Juventud
SIAFI	Sistema Integrado Administrativo Financiero
SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Financiera Administrativa y Auditoría
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral de Salud
SIMINSA	Sistema de Información del MINSA (Prod. De Servicios)
SINAPRED	Sistema Nacional de Prevención de Desastres
SINIA	Sistema de Información Nacional Ambiental
SIPLA	Sistema de Planificación (MINSA)
SISNIVEN	Sistema Nacional de Vigilancia del Estado Nutricional
SIVIN	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SNIP	Sistema Nacional de Inversiones Públicas
TB	Tuberculosis
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UCRESEP	Unidad Coordinadora de la Reforma del Sector Público
USAS	Unidades de Salud Acreditadas
VIH/SIDA	Virus de Inmuno Deficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

En 2005, Nicaragua contaba con una población de 5.142.098 habitantes (CPV 2005), de los cuales el 49,3% son hombres y el 50,7% mujeres, Del total de la población, un 56% reside en el área urbana y 57%, en el Pacífico. El 8.6% del total de población del país se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica.

De acuerdo con los tres últimos censos, Nicaragua redujo su tasa de crecimiento poblacional de 3,5% en el período 1971-1995 a 1,7% entre 1995-2005, La esperanza de vida al nacer para el período 2000-2005 se ha incrementado en 1.5 años desde el quinquenio anterior, estimándose en 70.8 años. Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y tumores son las tres primeras causas de muerte. Persisten altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad especifica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, VIH/SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas y causas externas.

La pobreza es el principal determinante social del estado de salud de la población nicaragüense. Nicaragua sigue siendo el segundo país más pobre de América Latina. Se estima que la pobreza general en Nicaragua en el año 2005 fue del 48.3% y la pobreza extrema del 17.2%. El 52.4% de la población en edad de trabajar está activa en el mercado de trabajo.

La Ley General de Salud establece que la rectoría del Sector, corresponde al Ministerio de Salud (MINSA), el cual está encargado de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud. El Plan Nacional de Salud 2004-2015, establece con mayor precisión los alcances de la Política Nacional de Salud.

La Ley General de Salud y su Reglamento establecen los diversos regímenes y planes que garantizan la cobertura y acceso a los servicios de salud. El MINSA es el organismo responsable de garantizar el acceso de la población a los diferentes regímenes y proteger el derecho de los usuarios, a estar informados y a recibir una atención de calidad.

El MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país a través de su red de servicios en el primer y segundo niveles de atención. Los servicios médicos del ejército y del Ministerio de gobernación son principalmente curativos y prestan servicios a sus miembros activos y a sus familiares. También brindan servicios a asegurados a través de sus Empresas médicas previsionales (EMP).

La cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (60%), INSS (7.7% afiliados y familiares), Gobernación y Ejercito (8%), e instituciones privadas (4%). Gran parte de la población complementa los servicios de MINSA con servicios privados y del sector ONG. No todos los asegurados al INSS están cubiertos por el Régimen integral que incluye Enfermedad y Maternidad, sino que para el año 2006, existe un 12.6% de asegurados al INSS que únicamente tienen beneficios en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

El proceso de formación de Recursos Humanos para el Sector Salud se hace desde instituciones formadoras las que en general están bajo la tutela de centros universitarios públicos y privados. El MINSA cuenta con un Convenio Colectivo, donde se establecen los deberes y derechos de los Empleadores y Empleados, garantizando la participación de los trabajadores a través de sus representantes sindicales en todos los procesos de Formulación, Ejecución, Seguimiento y Control del presupuesto.

El MINSA cuenta con un listado de medicamentos esenciales que se revisa cada dos años y se publica por su nombre genérico. El INSS cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las EMP deben proveer a los asegurados. El equipamiento del Primer Nivel de Atención es insuficiente para hacer frente a las demandas de los usuarios de estos servicios. En el Segundo Nivel de Atención existen graves problemas de mantenimiento de los equipos existentes y no se cuenta con el personal adecuado para esta tarea.

La Ley General de Salud y su Reglamento manda la implementación del Sistema de Garantía de Calidad. Se desarrollan auditorías médicas preventivas y correctivas. Así mismo se realizan Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos, de forma periódica.

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 en general se ajusta a la división político administrativa a nivel departamental y municipal, con excepción en las dos Regiones Autónomas del Atlántico y en dos departamentos. El SILAIS constituye una unidad intermedia entre la administración central y los establecimientos proveedores de servicios de salud.

La participación ciudadana en la gestión del sector es uno de los procesos que vienen consolidándose en el ámbito nacional a través del Consejo Nacional de Salud pero con mayor énfasis en los niveles locales. En los SILAIS se han conformado los Consejos de Salud con un grado muy diverso de participación ciudadana (de acuerdo a las características de cada departamento o Región Autónoma del Atlántico) y además se cuenta con la participación de las delegaciones de las distintas instituciones gubernamentales de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud.

A partir del año 2007, con el ascenso del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, se viene impulsando la “Gobernabilidad Democrática” a través de procesos legítimos de participación ciudadana y la restitución de los derechos ciudadanos, lo que implica construcción de una ciudadanía activa. A través de esta, se pretende impulsar procesos profundos de cambio en la sociedad partiendo de la toma de conciencia de su capacidad de ejercer el poder y el impulso de valores éticos - morales que lleven al desarrollo humano integral.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Nicaragua se caracteriza por ser un país multiétnico y pluricultural. Está constituido por 15 departamentos y 2 regiones autónomas. La geografía del país se puede dividir en 3 regiones: Pacífico, con un alto riesgo ecológico y alta densidad poblacional, de 152 habitantes/km2 —Managua, por ejemplo, tiene 398 habitantes/km2, frente a 45,8 en todo el país— ; Central norte, predominantemente rural, con una economía agrícola y limitado desarrollo vial, y una densidad de 48 habitantes/km2; y Atlántico, que cubre el 46% del territorio, en su mayoría rural y selvático, con baja densidad poblacional (10 habitantes/km2), mayor población indígena, bajos índices de escolaridad, limitado acceso vial y desvinculación del resto del país.

De acuerdo con los tres últimos censos, Nicaragua redujo su tasa de crecimiento poblacional anual de 3,5% en el período 1971-1995 a 1,7% entre 1995 y 2005, y cuenta con una población de 5.142.098 habitantes (CPV 2005), de los cuales el 49,3% son hombres y el 50,7% mujeres, es decir, hay una relación de 97,2 hombres por cada cien mujeres. Del total de la población, un 56% reside en el área urbana y el 44% en el área rural. La población se concentra en el Pacífico donde reside el 57%, en comparación con el 31% de la Región Central y el 12% de las Regiones del Atlántico.

De acuerdo a los datos censales del 2005, el 8.6% del total de población del país se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica. Sin embargo, se debe mencionar que un 11% de estos afirma no saber a que grupo étnico pertenece, y si a ello se le agregan los ignorados alcanzan el 15% del total de esta población. En su distribución sobresalen los Miskitu (27.2%), Mestizos de la Costa Caribe (25.3%), Chorotega- Nahua-Mange (10.4%), Creole (kriol) y Xiu-Sutiava (4.5% cada uno), Cacaopera-Matagalpa (3.4%), Nahoa-Nicarao (2.5%) y Mayangna-Sumu (2.2.%). Estas poblaciones son mayoritariamente rurales (56.8%) con comportamientos diferenciados según el pueblo indígena o comunidad étnica de que se trate. La población Creole tiene una clara presencia urbana (90.5%), seguido de los Xiu-Sutiava (80.4%), Garífuna y Ulva (62% cada uno).

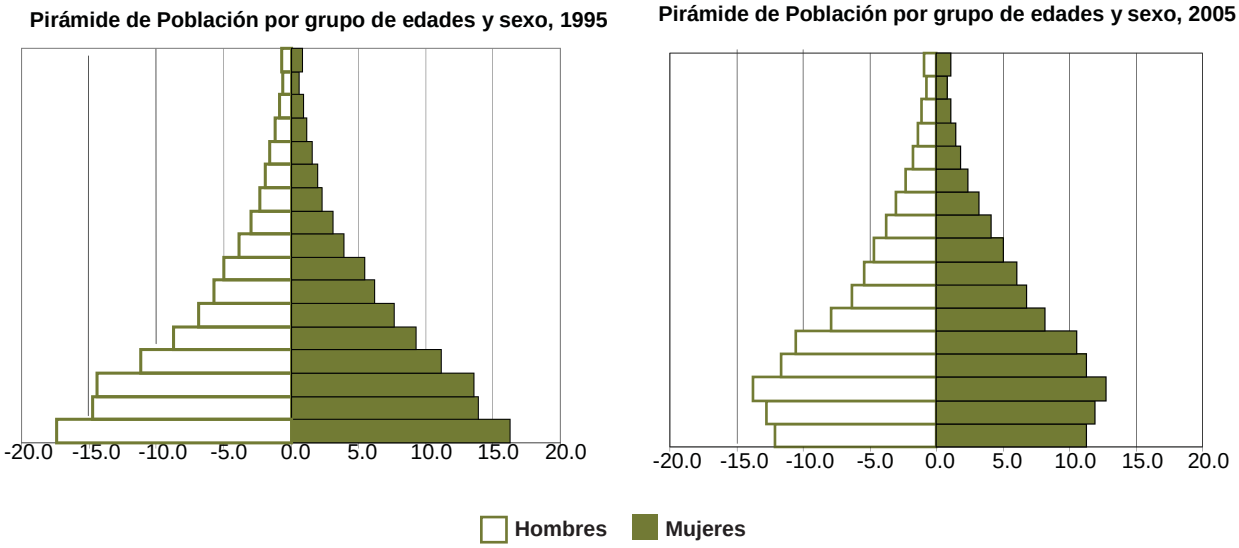
Los cambios experimentados por la estructura de la población según sus grupos de edades entre las dos últimas fechas censales (1995 y 2005) revelan que la población menor de 15 años, considerada dependiente, redujo su participación de 45,1 a 37,3%. Las personas en edad de trabajar —entre 15 y 64 años— pasaron de representar el 51,4% a constituir el 58,4% de la población, y las de edad avanzada aumentaron su peso relativo de 3,5 a 4,3%, mostrando una reducción de la relación de dependencia de 95 a 71%. Diversos estudios señalan que la estructura por edades de la población tiene efectos sobre el desarrollo, ya que una alta proporción de familiares dependientes frena el crecimiento económico.

Las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 49% del total de mujeres, 14% son analfabetas y solo un 10% alcanzó algún grado de educación superior. Una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años de edad, ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos. Las tasas de fecundidad por edad de la ENDESA 2006/07, llegan a reflejar una TGF de 2.7 hijos en promedio por mujer del total nacional. Esta cifra varía por departamento y de acuerdo al acceso que tienen a la educación. En el área urbana la TGF es casi un valor de reemplazo, 2.2 hijos por mujer y en el área rural de 3.5.

La aceleración de la transición demográfica en Nicaragua se caracteriza por cambios en el crecimiento y la estructura por edades de la población y la reducción de la relación de dependencia, producto del rápido descenso de la fecundidad (4.9 hijos por mujer en 1995; 2.9 en 2005). Este descenso, sumado a la intensa

emigración internacional, es causa principal de la drástica reducción de la tasa promedio anual de crecimiento demográfico (3.5% en el período 1971/95; 1.7% en el período 1995/2005). No obstante, en términos absolutos la población sigue aumentando a un ritmo promedio anual de 80 mil personas.

Figura 1: Pirámide de Población por grupo de edades y sexo
Nicaragua: 1995 y 2005



El aprovechamiento de tener la cohorte de población en edad productiva más grande de la historia del país, exige flujos de inversiones suficientes y bien dirigidos, así como políticas públicas que conduzcan a crear condiciones para el desarrollo local y del capital humano a la vez que se genera un mercado laboral formal capaz de absorber de manera productiva la creciente fuerza de trabajo, ampliando la base de contribuyentes tributarios. De lo contrario, esa oportunidad puede convertirse en un problema social con graves consecuencias para la gobernabilidad, debido a los altos niveles de desempleo, inseguridad ciudadana y de emigración masiva al exterior.

En Nicaragua predomina la localización urbana de la estructura productiva y tiende a concentrarse. Treinta ciudades de más de 15,000 habitantes, representan el 43.4% de la población total del país y contribuyen con más de dos tercios del PIB, comparado con menos del 20% en el sector agropecuario.[1] En ellas, la cobertura de servicios supera los promedios nacionales y la pobreza es menor. Este sistema urbano es aún débil en conectividad, interacciones campo-ciudad, entre ciudades y en su capacidad de oferta de servicios sociales básicos, sobre todo para cubrir las necesidades de los inmigrantes. La población rural es aún numerosa (44%) y vive en pequeñas y dispersas localidades, con significativos rezagos, restringido potencial económico, poca oferta de empleo productivo y altos índices de marginación, pobreza extrema y riesgo ambiental.

La migración hacia el exterior se ha intensificado en las últimas décadas y se estima que más de un 10% de la población vive fuera del país. En esto influyen distintos factores: i) patrón histórico de movilidad de la población; ii) crecimiento poblacional superior al crecimiento económico; iii) persistencia de la pobreza y rezagos sociales; iv) inequidades en el acceso a salud, educación y empleo; v) insuficiente capacidad de absorción de jóvenes que ingresan a la fuerza de trabajo; y vi) cultura y tradición de emigración potenciada por redes familiares, que incrementa y legitima estímulos y opciones para migrar.

1 Sistema de las Naciones Unidas. Nicaragua."Valoración Común de País". Managua, 2 de febrero 2007.

El 15% de los hogares[2] declara tener a uno de sus miembros viviendo permanentemente en el exterior (aproximadamente 1 de cada 7). Sin embargo, ese comportamiento no es homogéneo entre las zonas.[3] Dentro del conjunto, destaca la población del Pacífico que presenta un perfil eminentemente urbano, con nivel educativo relativamente alto y con una mayor proporción de hogares no pobres. La migración se concentra en tres grandes destinos: Costa Rica 52.9%, EEUU 34.5% y 12.0%, Canadá y Europa.

Tabla 1: Tendencia Demográfica, Distribución por Género
Nicaragua: 1990-2010

Períodos/ Indicadores	1990-1994			1995-1999			2000-2005			2005-2010		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Población total (miles)	4,137	2,064	2,073	4,658	2,320	2,338	5,098	2,538	2,560	5,450	2,707	2,743
Proporción de población urbana	53.7	52.2	55.1	54.4	52.6	56.2	55.2	53.3	57.0	55.9	54.0	57.8
Población indígena (miles)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	444	222	222
Proporción de población menor de 15 años (%)	46.0	46.7	45.3	44.0	44.8	43.1	40.9	41.8	40.0	37.8	38.8	36.9
Proporción de población 60 años y más (%)	4.8	4.4	5.3	5	4.7	5.4	5.4	5	5.7	5.9	5.6	6.2
Tasa de crecimiento anual de la población (%)	2.373	2.342	2.404	1.807	1.796	1.817	1.337	1.29	1.383	1.297	1.226	1.366
Tasa global de fecundidad (Hijos/ mujer)	-	-	4.5	-	-	3.6	-	-	3.00	-	-	2.76
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	-	-	35.43	-	-	30.14	-	-	26.28	-	-	24.87
Tasa bruta de mortalidad x 1000 hab.	6.50	-	-	5.58	-	-	5.04	-	-	4.77	-	-
Esperanza de vida al nacer (en años)	66.05	63.53	68.7	68.41	65.89	71.06	70.82	67.97	73.82	72.89	69.91	76.02
Saldo migratorio (en miles)	(114)	(63)	(51)	(158)	(82)	(76)	(206)	(110)	(96)	(200)	(110)	(90)

Fuente: Instituto Nicaragüense de Información para el Desarrollo (N DE)

2 EMNV, 2001.

3 El Pacífico sin Managua (con el 32% del total de hogares de Nicaragua), registra que el 45% de los hogares tiene algún miembro en el exterior. La región Central (30% del total de hogares) con el 18.7% de hogares con algún miembro en el exterior.Managua tiene un 17% de sus hogares con incidencia de la migración.

La proporción de migrantes es similar entre hombres y mujeres, aunque en los últimos años se observa una tendencia a la feminización y de población joven en los flujos migratorios al exterior. Existen implicancias de género importantes, pues mientras en promedio en el país la jefatura femenina es 31%, en el caso de los hogares con presencia de migrantes es el 46%, siendo más pronunciada esta característica entre los hogares urbanos 47%, que entre los hogares rurales 30%.[4]

1.1.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

La esperanza de vida al nacer para el período 2000-2005 se ha incrementado en 1.5 años desde el quinquenio anterior, estimándose en 70.82 años. Tiende a reducirse la tasa de mortalidad bruta pasando de 5,6 en 1995-1999 a 5.04 en 2000-2005. En todos los grupos etáreos la mortalidad en hombres es superior a de las mujeres. Los mayores de 65 años y menores de 1 año presentan las tasas de mortalidad específicas más altas, así como el mayor peso porcentual.

Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y tumores son las tres primeras causas de muerte. El análisis de la situación actual de salud y sus tendencias demuestra la persistencia de altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad especifica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, VIH/SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas y causas externas.

De acuerdo a ENDESA 06/07 la desnutrición infantil continúa siendo elevada. Un 20.4% de menores de 5 años presenta desnutrición crónica y el 5.1% desnutrición crónica severa, afectando más a los niños de la RAAN, Jinotega, Madriz y Matagalpa. El 22.7% de los menores de 5 años con desnutrición crónica habitan el área rural y el 10.6% la urbana.

En la Encuesta de Medición de las Condiciones de Vida, 2005, las enfermedades del sistema respiratorio fueron reportadas como la principal causa de morbilidad (38.2% de las personas encuestadas se sintieron enfermas en los últimos 30 días). El riesgo de morir por una infección respiratoria aguda experimentó un incremento de 10.6 por cada 100,000 habitantes en el 2002 a 12.0 en el 2005. El riesgo de morir experimentó un descenso de 5.2 registrado en el 2002 a 4.4 por cada 100,000 habitantes en el 2005.

Tabla 2: Morbilidad y Factores de Riesgo
Nicaragua: 1995-2005

Períodos/ Indicadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prevalencia de bajo peso al nacer	8.7	8.9	8.8	9.0	8.7	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.4
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años)	ND	ND	ND	139	ND	ND	119	ND	ND	ND	106
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años	ND	ND	ND	24.9	ND	ND	20.2	ND	ND	ND	ND

4 FIDEG, 2005.

Períodos/ Indicadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad	ND	ND	ND	29.5	ND	ND	39.3	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario capacitado	68.0	68.9	71.3	69.2	71.9	73.3	73.4	73.7	75.2	77.2	79.8
Número anual de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación	458	344	355	2604	1233	402	242	142	107	70	48
Número anual de casos confirmados de dengue	ND	ND	ND	2,618	1,683	1,009	2,661	2,310	2,940	1,097	1,915
Número anual de casos confirmados de malaria	71,380	76,269	51,858	34,146	38,327	23,878	10,498	7,695	6,717	6,897	6,642
Incidencia anual de TBC	69	70	63	54	51	47	48	39	42	39	35
Incidencia anual de TBC baciloscopía positiva	38	40	38	34	31	29	28	25	26	24	23
Incidencia anual de VIH/SIDA	1.15	1.20	1.30	1.34	2.18	2.50	3.25	3.57	4.12	6.70	7.67
Razón de casos de VIH/SIDA (hombre/ mujer)	1.7/1	4.8/1	3.2/1	3.2/1	4.5/1	3.1/1	2.5/1	2.3/1	2.2/1	2.2/1	2.4/1
Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón	61	57	64	70	73	75	65	77	89	77	62
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en la mujer	352	423	279	239	330	386	379	374	408	468	443
Incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero	1,489	1,636	1,527	1,405	1,543	1,688	1,731	1,724	2,211	2,221	2,227

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas.
No se reportaron datos por área urbana y rural ni para la incidencia anual de infecciones por Influenza.

La tendencia de la malaria es hacia el descenso y los casos actualmente se concentran en 36 municipios de alto riesgo, que representan el 26% de la población del país, los cuales se ubican principalmente en la Costa Atlántica, Chontales, Matagalpa, Jinotega, Nueva Segovia y Chinandega. Existe un muy alto riesgo

de re-emergencia de la malaria en la zona pacífica del país y en la cuenca del Río San Juan, lo que podría impactar de manera negativa los proyectos de desarrollo turístico de estas zonas. La mortalidad por malaria sigue siendo un problema en las regiones autónomas.

El dengue mantiene un patrón de transmisión endemo-epidémico con brotes anuales que no sobrepasan la tasa nacional de la década de los 90. La ocurrencia de casos cubre todo el territorio nacional, existiendo riesgo de dengue hemorrágico. Sin embargo, es importante destacar que entre enero y noviembre del 2006, no se confirmaron casos de muerte por dengue, en el país.

La leishmaniasis en sus distintas formas clínicas tiende a aumentar, triplicándose el número de casos reportados en 10 años. El 82% de casos se concentran en Jinotega y Matagalpa. A pesar de los problemas de registro de la enfermedad de Chagas, estudios recientes (2000-2003) en escolares de 7 a 14 anos, en 15 departamentos, demostraron alta sero prevalencia, con valores de 10.8% y 4.3% para Madriz y Nueva Segovia.

La tuberculosis se mantiene endémica con tendencia al descenso de la incidencia pasando de 88/100,000 habitantes en 1987 a 39/100,000 en 2004, aunque persisten tasas muy altas en la RAAN y RAAS, con 110 y 59 /100,000, respectivamente.

La epidemia de VIH/SIDA mantiene baja prevalencia en la población general (<1%), pero hay que considerar que existe subregistro. La incidencia anual se ha incrementado de 2.50/100,000 en 2000 a 7.67/100,000 en 2005. La vía de transmisión predominante es sexual (92%), con predominio de la relación heterosexual (73% del total). Entre personas heterosexuales VIH positivas, se incrementa la proporción de mujeres, aumentando de 31% en 2000 a 37% en 2005. La prevalencia es cercana al 9% en hombres que tienen sexo con hombres. Existe bajo conocimiento de los factores de riesgo y protección, principalmente entre poblaciones con menores ingresos.

Las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) siguen bajo control y, en 2005, el país avanzó hacia la consolidación de la eliminación del sarampión y en la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, a través de la Jornada Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Rubéola. Sin embargo, en el periodo de 2000 a 2005, se observa una disminución gradual de las coberturas de vacunación, que no se debe solamente a problemas en la estimación de población, ya que se observa una disminución en el número total de dosis aplicadas de la Vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y la Vacuna contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis (MMR), así como en el número de terceras dosis de Vacuna Oral contra Poliomielitis (OPV) y Pentavalente (DPT/HepB + Hib). Es importante resaltar que Nicaragua ha asumido integralmente la compra de vacunas e insumos para abastecer el Programa Nacional de Inmunización (PNI), con recursos del Estado, lo que pone de manifiesto la prioridad que éste le asigna al PNI.

La prevalencia de la discapacidad en Nicaragua se estima en 10.25% de la población mayor de seis años, afectando más al sexo femenino.

Las neurosis y abuso de sustancias son la principal causa de consulta por problemas de salud mental. La frecuencia de intentos de suicidio tiende a aumentar, destacándose el uso de plaguicidas, particularmente la fosfina como agente.

ENDESA 06/07, muestra que durante toda su vida el 47% de las mujeres han sido objeto de violencia verbal, 27% de violencia física y 13% de violencia sexual. El 32.6% de las mujeres habitan el área urbana y 25.1% el área rural.

El sistema estadístico del MINSA reporta que en el 2004 las lesiones representaron el 18% del total de consultas de emergencia. El 35% corresponde a caídas, 23% a golpes con fuerza, 12% a accidentes de tránsito, 12% a apuñalamientos, 3% envenenamientos, 2% a quemaduras y 1% a disparos.

Existe un gran subregistro de enfermedades y accidentes laborales, ya que solo existen registros parciales de MITRAB e INSS (6 y 17% de cobertura de población trabajadora, respectivamente). La tasa de accidentes según el INSS fue de 4.8% en 2004 y según MITRAB de 7.6%. En el quinquenio se reportan 183 accidentes mortales, 25% de ellos en la industria manufacturera y 20% en el sector de la construcción. La tasa de accidentabilidad disminuye de 85 por 1000 trabajadores en 2000 a 76 por 1000 en el 2005. La letalidad por accidentes laborales se ha mantenido en 0.35% durante el período. Las intoxicaciones agudas por plaguicidas son un importante problema sub registrado.

El incremento de los estilos de vida no saludables se expresa en cambios en los patrones de enfermedad de la población, incrementándose la enfermedad y muerte a causa de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente del sistema circulatorio. La prevalencia de diabetes en Managua fue de 9% (2003). La mortalidad por Diabetes Mellitus tiende a ascender de 8.9/100,000 en 1992 a 18.98 en 2005, afectando principalmente a mayores de 50 años. En una encuesta sobre factores de riesgo de Diabetes, la prevalencia de hipertensión en Managua fue de 25% y el factor de riesgo más frecuente fue el sobrepeso con 65.6%, seguido de la obesidad con 28.3%.

Tabla 3: Mortalidad General (Número)
Nicaragua: 1995-2000-2005

	General	Muertes maternas obstétricas	Enfermedades transmisibles	TBC	SIDA	Malaria	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades neoplásicas malignas
1995								
Total	13,963	121	2,528	231	9	35	3,122	1,238
Hombres	8,124		1,486	146	8	20	1,547	553
Mujeres	5,839	121	1,042	85	1	15	1,575	685
Urbana	9,706		1,487	142	9	20	2,315	942
Rural	4,257		1,041	89	-	15	807	296
2000								
Total	13,610	110	1,395	198	26	11	3,395	1,572
Hombres	7,838		775	124	16	3	1,705	724
Mujeres	5,769	110	620	74	10	8	1,690	848
Urbana	8,854		758	108	21	1	2,382	1,099
Rural	4,756		637	90	5	10	1,013	473
2005								
Total	16,777	105	1,576	194	90	8	4,206	1,983
Hombres	9,714		866	126	65	5	2,137	961
Mujeres	7,060	105	710	68	25	3	2,069	1,022
Urbana	10,925	20	901	124	82	1	2,904	1,377
Rural	5,852	85	675	70	8	7	1,302	606

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas.
Notas: Defunciones por género no incluye registros con sexo ignorado.
No se dispone de datos por origen étnico.

El cáncer de cervix es la primera causa de muerte por tumores, en el sexo femenino, y en conjunto con el cáncer de mama representan el 18% de muertes reportadas por cáncer. La prevalencia de cáncer de cervix detectada en el año 2001 fue de 13,7 incrementándose a 13,9 por 100,000 en mujeres mayores de 15 años en 2002.

Los adultos mayores, una población creciente, son un grupo altamente vulnerable, afectado por mayores índices de discapacidad y enfermedades crónicas, careciendo en un 90% de seguridad social. No existen programas diseñados para la atención especial que requieren los adultos mayores.

Situación de la Mortalidad Materna

Cada año mueren en Nicaragua alrededor de 144[5] mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto subregistro de casos que se calcula hasta en un 50%. La mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte. Las mujeres que viven en el área rural, de 20 a 34 años, con bajo nivel de educación y poco acceso a servicios de salud son el perfil de la muerte materna en el país. No se cuenta con estadísticas de mortalidad materna entre mujeres indígenas.

La tasa de mortalidad materna disminuyó 46% en los últimos quince años, pero solo 22% en la última década. Más del 70% de las muertes maternas registradas por el MINSA provienen de áreas rurales; y casi la mitad tiene de 20 a 34 años de edad. Una de cada 3 mujeres que mueren son adolescentes especialmente de los departamentos de Jinotega, Chontales, Matagalpa y la RAAN. Las madres adolescentes (menores de 20 años) son consideradas de alto riesgo, porque sus hijos tienen mayor posibilidad de nacer con bajo peso, mayor mortalidad infantil y mayor tendencia al destete precoz.

Situación de la Mortalidad Infantil

Se estima que durante los últimos 27 años (1974-2001), las tasas de mortalidad infantil y de la niñez se han reducido de manera constante, de 100 a 31 por mil nacidos vivos, y de 137 a 40 por mil nacidos vivos, respectivamente.

Tabla 4: Mortalidad Neonatal e Infantil (Número)
Nicaragua: 1995-2000-2005

Indicadores	Neonatal (0 a 27 días)	Post neonatal (28 días a 11 meses)	Infantil (0 a 11 meses)	Post-Infantil (1 a 4 años)	Total (1- 4 años)
1995					
Causas					
Afecciones originadas en el período perinatal (Trauma del nacimiento/ asfixia y la prematurez)	1,182	20	1,202	0	1,202
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	34	501	535	165	700
Enfermedades Agudas de las Vías Respiratorias (IRA)	0	328	328	152	480
Anomalías congénitas	187	76	263	26	289
Deficiencias de la nutrición	0	48	48	24	72
Otras causas	38	254	292	291	583

5 UNICEF. (2005). Salud Materna e Infantil en Nicaragua (Borrador). Managua, Nicaragua.

Indicadores	Neonatal (0 a 27 días)	Post neonatal (28 días a 11 meses)	Infantil (0 a 11 meses)	Post-Infantil (1 a 4 años)	Total (1- 4 años)
Total	1,441	1,227	2,668	658	3,326
Zonas Geográficas					
Urbana	1,005	731	1,736	379	2,115
Rural	436	496	932	279	1,211
2000					
Causas					
Afecciones originadas en el período perinatal (Trauma del nacimiento/ asfixia y la prematurez)	1,110	15	1,125	0	1,125
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	13	190	203	59	262
Enfermedades Agudas de las Vías Respiratorias (IRA)	4	161	165	70	235
Anomalías congénitas	189	108	297	29	326
Deficiencias de la nutrición	0	58	58	37	95
Otras causas	25	196	221	227	448
Total	1,341	728	2,069	422	2,491
Zonas Geográficas					
Urbana	778	359	1,137	191	1,328
Rural	563	369	932	231	1,163
2005					
Causas					
Afecciones originadas en el período perinatal (Trauma del nacimiento/ asfixia y la prematurez)	1090	12	1102	0	1102
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	8	121	129	54	183
Enfermedades Agudas de las Vías Respiratorias (IRA)	10	154	164	65	229
Anomalías congénitas	231	113	344	32	376
Deficiencias de la nutrición	2	65	67	27	94
Otras causas	24	139	163	191	354
Total	1365	604	1969	369	2338
Zonas Geográficas					
Urbana	681	253	934	153	1087
Rural	684	351	1035	216	1251

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas. No existen datos por grupos étnicos.

La mejoría de estos indicadores son el resultado de una cobertura superior al 80% del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con la consecuente reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación; de la promoción de la lactancia materna y del control de otras infecciones. También es el resultado del incremento de inversiones públicas en servicios básicos de salud, educación, agua y saneamiento ambiental en áreas rurales entre otros.

Las coberturas de inmunizados en menores de un año (para antipolio y pentavalente) han descendido casi en seis puntos porcentuales a partir del año 2001, no así la BCG que presenta una disminución relativa de 4 puntos porcentuales, (en tres SILAIS del país hay coberturas superiores o iguales a las metas nacionales).

Las desigualdades y la pobreza siguen afectando el disfrute del derecho a una vida sana y duradera, e inciden de manera especial en la niñez que habita en zonas rurales y de familias de mayor pobreza. Las brechas observadas de los índices de mortalidad infantil y en menores de cinco años son superiores al 35% entre los niños que habitan en el sector urbano y el sector rural. El incremento de la mortalidad neonatal en el área rural ocurrida entre el año 1995 y el 2005 se debe esencialmente al mejoramiento del registro de la mortalidad.

Un comportamiento similar se observa entre los estratos de mayor pobreza (50 por mil), que en los de menor pobreza (16 por mil). Estos datos se vuelven preocupantes cuando se aprecia que, el comportamiento entre 1998 y 2001 ha sido de un mayor descenso de la mortalidad infantil en el grupo de ingresos más altos, en relación con los que tienen ingresos económicos bajos.

Las principales causas de la mortalidad infantil siguen siendo las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), y las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA), destacando la neumonía como la más común. Entre otras causas de mucha relevancia son los nacimientos prematuros, problemas de bajo peso al nacer, asfixia y sepsis. En los niños y niñas menores de cinco años también aparecen como causas importantes de enfermedad y muerte, la desnutrición, la tuberculosis, la parasitosis intestinal y los accidentes. Estos problemas están vinculados a la situación de pobreza, la inseguridad alimentaria, la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud, la centralización de la gestión del sector y la aplicación aún limitada de políticas y programas de atención integral a la niñez.

1.1.3. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Nicaragua, como Estado signatario de La Declaración Universal de los Derechos Humanos (arto. 25), así como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artos. 11, 6 y 9) reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, y una mejora continua de sus condiciones de existencia, en las cuales se incluyen la alimentación, vestido, vivienda, trabajo y seguridad social. Adicionalmente, como signatario de la Convención de los Derechos del Niño, tiene un compromiso especial por la protección y asistencia a favor de todos los niños y adolescentes, su supervivencia y desarrollo. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW) establece la obligación del Estado Nicaragüense en asegurar un desarrollo equitativo para el pleno goce de los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron incluidos en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) en el 2001 y en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2003. Compromiso que fue confirmado con el involucramiento de instituciones del Gobierno y el Consejo Nacional de Planificación Económica Social (CONPES). El Primer Informe de Seguimiento de las Metas de Desarrollo de la Cumbre del Milenio (diciembre 2003) fue elaborado y coordinado por el CONPES,[6] esfuerzo que contó con el respaldo del Sistema de las Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM).

6 El CONPES es la instancia de concertación de las instituciones de gobierno, la sociedad civil y los partidos políticos.

El seguimiento de los ODM corre por cuenta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Nicaragua. Las fuentes de información para el seguimiento de los ODM provienen de las instituciones sectoriales ejecutoras de las políticas gubernamentales, la Secretaría Técnica de la Presidencia, a nivel de organismo global de coordinación del Plan Nacional de Desarrollo y el Instituto Nacional de Información para el Desarrollo (INIDE), instancia responsable de los censo y estadísticas del país.

No existe una instancia específica que coordine los planes de las diferentes instituciones gubernamentales en función de los ODM. Por otra parte, diversas organizaciones organizaron el Foro Ciudadano de Seguimiento a los ODM, conformado por organizaciones civiles y ONGs, de Nicaragua, cuyas actividades se orientan a contribuir con la implementación de los ODM y los ODM + asumidos por el país.

Tabla 5: Metas y Avances de ODM e Indicadores Intermedios de la ERCERP Nicaragua

Objetivo	Unidad de medida	1993	Meta 2005	Meta 2015	Fuente	Plan Estratégico
Reducir extrema pobreza	% de la población total en extrema pobreza	19.4	16	9.7	[3]LSMS [4]SECEP	PND, ERCERP, PDHN[1]
Reducir desnutrición crónica	% de la población total de niños menores de 5 años que tienen un peso inferior al normal.	N.D.	17.5	7	LSMS SECEP MINSA	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Educación primaria	% de la matrícula de primaria que se encuentra en edad escolar oficial (7-12 años), y la población en edad escolar (7-12 años).	75.6	83.4	90	[5]MECD SECEP	Plan Estratégico 2001 - 2005 y 2008 - 2010 de Educación
Reducir la mortalidad materna	Cantidad anual de defunciones de mujeres debidas al embarazo, parto, o puerperio (muertes obstétricas directas e indirectas) por cada cien mil nacidos vivos registrados.	98	85	43	[6]MINSA SECEP	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Reducir mortalidad infantil	Cantidad anual de defunciones de niños menores de 1 año, respecto a cada mil nacimientos.	41 (1995)	31	26	ENDESA	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Reducir mortalidad de la niñez	Cantidad anual de defunciones de niños menores de 5 años, respecto a cada mil niños menores de 5 años.	53 (1995)	41	32	[7]DHS	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Incrementar cobertura de agua	Proporción (%) de la población con acceso sostenible a una fuente de agua potable	53.6	74.6	89.8	[8]ENACAL SECEP	PND, ERCERP, PDHN
Incrementar cobertura de agua segura en área rural dispersa	Proporción (%) de la población rural con acceso sostenible a una fuente de agua potable.	24.5	50.2	73.2	ENACAL SECEP	PND, ERCERP, PDHN
Incrementar acceso a saneamiento básico	Proporción (%) de personas con acceso a servicios de saneamiento básico.	82.6	85.7	95	SECEP	PND, ERCERP, PDHN

Objetivo	Unidad de medida	1993	Meta 2005	Meta 2015	Fuente	Plan Estratégico
Reducir tasa de analfabetismo	Tasa (%) de analfabetismo de las personas de edades mayor de 10 años.	21.5	16	10	LSMS SECEP	Plan Estratégico 2001 - 2005 y 2008 - 2010 de Educación
Aumentar acceso a servicios de salud reproductiva	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen acceso a P.F.	17	20	100	MINSA SECEP	Plan Estratégico 2004 - 2015 de Salud
Partos institucionales	Porcentaje del total de partos que son atendidos en clínica u hospital.	47.4	55	71	MINSA SECEP	Plan Estratégico 2004 - 2015 de Salud
Control prenatal	Porcentaje de mujeres embarazadas con al menos un control prenatal por personal calificado.	70.4	86.5	88	MINSA ENDESA	Plan Estratégico 2004 - 2015 de Salud
CPN precoz	Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas (control) en el primer trimestre del embarazo.	32.8	36	46	MINSA ENDESA	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Coberturas: BCG < 1ª; OPV < 1ª ; MMR < 1ª	Porcentaje de cobertura de vacuna BCG/OPV/MMR en menores de un año.	93 95.3 ND	95 96.5 93	99 98.5 98.5	MINSA, SECEP	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Incidencia EDA	x mil hab.	1.63	16	ND	MINSA	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud
Incidencia IRA	x mil hab.	5.96	20.8	ND	MINSA	Plan Estratégico 2004 – 2015 de Salud

1 Nicaragua Poverty Update, February 2003.
2 Fuente de datos de mortalidad materna: MINSA
3 LSMS : Living Standards Measurement Study
4 SECEP: Secretaria Técnica de la Presidencia
5 MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
6 MINSA: Ministerio de Salud
7 DHS: Demographic and Health Surveys
8 ENACAL: Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados

Tabla 6: Necesidades Financieras para Alcanzar ODM Seleccionados, Millones US$
Nicaragua: 2001 - 2015

	2001	2005	2010	2015	Tasa promedio de crecimiento anual 2001-2015
Egresos	1,062	1,254	1,456	1,681	3.30%
Educación básica	115	123	131	140	1.40%
Salud materno infantil	112	159	181	196	4.10%
Agua y saneamiento	35	56	62	66	4.80%
Otros gastos	800	916	1,082	1,279	3.40%

PNUD. “Escenario de inversión social para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y las metas nacionales de desarrollo en Nicaragua 2000-2015”. Managua. 2007.

1.2. DETERMINANTES DE SALUD

1.2.1. DETERMINANTES POLÍTICOS

Nicaragua finalizó el siglo XX como protagonista importante del proceso de paz suscrito por los presidentes de Centroamérica en el año 1987. Conflictos armados, revoluciones y violencia política, caracterizaron los últimos 150 años de historia. No obstante, el país cerró el siglo con evidencias de haber superado las principales causas de su inestabilidad: dictadura política y militar, adscripción a intereses externos, derrocamiento, imposición, intolerancia a la protesta social, represión, restricción de los derechos civiles, y ausencia de un sistema democrático, entrando al nuevo milenio con perspectivas esperanzadoras en materia de democracia política.

Sometida por primera vez en su historia a un sistema electoral con estándares internacionalmente aceptables, la nación eligió de forma libre y transparente a sus gobernantes y legisladores en los años 1990, 1996, 2001 y noviembre de 2006. No obstante los avances políticos, la democracia nicaragüense es aún joven y, por lo tanto, sujeta a contradicciones que a menudo amenazan su estabilidad. El Estado de Derecho y la institucionalidad democrática son parte de la transición: crecen, retroceden, reinician y avanzan al ritmo que marca la coyuntura política. Por lo tanto, al Estado de Derecho y a la institucionalidad, no se les puede considerar independientes de la modernización de las instituciones políticas del país. Son procesos paralelos y complementarios.

En la medida en que se establezcan mecanismos de comunicación, enlaces fluidos entre el Poder Ejecutivo, la Asamblea Nacional, el Poder Judicial, los gobiernos municipales y regionales autónomos de la Costa Caribe, organizaciones no gubernamentales y asociaciones gremiales, se podrán evitar fenómenos sociales, sectoriales y gremiales que afectan a la población, en especial a la más pobre, tal como ocurrió con las demandas del sector transporte, las reclamaciones de los educadores por mejores salarios o la huelga hospitalaria que duró medio año en 2006. Respecto a esta última, todavía no se conocen las consecuencias y el verdadero impacto que esa huelga tuvo sobre los indicadores de salud, pero, los cálculos son alarmantes.

1.2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS

Con el objetivo de revertir profundos desequilibrios macroeconómicos Nicaragua inició un programa de estabilización económica en los años noventa. Dentro del marco del programa de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (PRGF, siglas en inglés) el Gobierno ha asumido compromisos para cumplir con una serie de metas macroeconómicas y reformas estructurales. Según las evaluaciones “Artículo IV” del Fondo Monetario Internacional, el país ha sostenido un desempeño favorable durante los últimos años, logrando la gran mayoría de las reformas estructurales y metas cuantitativas, incluyendo un aumento de las reservas internacionales, reducción del déficit fiscal y control de la inflación, a pesar del aumento del precio de petróleo.

En 2004, el desempeño de la política macroeconómica llevó al país al punto de culminación de la Iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC, siglas en inglés) y la Iniciativa Multilateral de Alivio de la Carga de la Deuda (2006) , reduciendo así el saldo de la deuda externa de 155.4% del PIB en 2001 al 108.9% en 2005. La reducción de la deuda externa en este período ha sido importante para proteger el gasto social durante la fase de ajuste fiscal y estabilización macroeconómica desde 2001.

Nicaragua sigue siendo el segundo país más pobre de América Latina. Según datos del Banco Central, el PIB fue US$ 4,905 millones en el año 2005, equivalente a un PIB per cápita de US$ 858.40 por debajo del promedio regional, estimado en US$ 2,732 por CEPAL, pese a que la ayuda externa por persona que llega al país es de las más altas del mundo en comparación con su población.

El PIB ha registrado un crecimiento promedio anual de 3.1% durante el último quinquenio (2000-2005). El crecimiento del PIB per cápita ha evolucionado de manera inestable, alcanzando el 0,6% promedio anual. La variación anual del PIB fue de 3% en el 2001, 0.8% en el 2002, 2.3% en el 2003, 5.1% en el 2004 y de 4% en el 2005. Este crecimiento es insuficiente para el logro de la meta de reducir a la mitad la extrema pobreza en 2015 que requeriría un crecimiento sostenido de la economía nicaragüense del 6% anual hasta el 2015, según estimaciones de la CEPAL.

La canasta básica de 53 productos cercanos a los 3,000 córdobas, depende de muchos productos importados. El salario mínimo promedio de enero a junio de 2006 osciló de C$ 1005.8 en el sector agropecuario a C$ 2274.2 en la pesca. El salario mínimo no cubre la canasta básica en ninguno de los sectores de la economía.

El país está interna y externamente endeudado y la tendencia es que la deuda aumente. Al 31 de agosto de 2006, la deuda pública externa era de 4,379.9 millones de dólares. El saldo de la deuda interna (C$ 22,660.3 millones de córdobas) y el saldo de la deuda externa (C$ 76,876.2) acumulan un saldo de deuda pública de C$ 99,536.5 millones de córdobas. Según el Banco Central de Nicaragua, para noviembre de 2006, las reservas internacionales brutas fueron de 843.5 millones de dólares. La inflación se ha incrementado de 4.8% en el 2001 a 9.6% en el 2005.

La adhesión al CAFTA en 2006 conlleva importantes oportunidades para promover el crecimiento económico, las exportaciones y la generación de empleo. No obstante, esto también implica amenazas, tales como la competencia libre pero desigual, bienes agrícolas más baratos pero ingresos familiares en riesgo, y elevado costo de medicamentos protegidos por patentes. Para asumir estos retos, el país debe introducir ajustes internos para responder al aumento ante la competencia externa, redoblar los esfuerzos para mejorar las condiciones y el acceso de la población a la educación, salud, y otros servicios básicos para aumentar sus capacidades, mejorar la infraestructura y promover aumentos en la productividad.

Tabla 7: Indicadores Económicos
Nicaragua: 2000-2006

Indicadores Económicos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PIB per cápita constante base 1994, en USD	794.1	797.6	812.5	814.7	839.2	858.4	872.4
Población Económicamente Activa, en miles de personas	1,815.0	1,900.0	1,989.7	1,999.4	2,111.1	2,203.4	2,204.3
Gasto Público Total como % del PIB.	19.8%	20.6%	15.6%	16.6%	18.2%	17.9%	16.7%
Gasto Público Social, como % del PIB	7.6%	7.2%	7.8%	8.7%	8.2%	8.9%	6.5%
Remesas Familiares en % del PIB.	8.1%	8.2%	9.4%	10.7%	11.5%	12.2%	12.4%
Inflación anual (%)	9.9%	4.8%	3.9%	6.5%	9.3%	9.58%	9.45%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud - DGPD, MINSA. Abr-08.

EMPLEO

La encuesta de hogares para la medición del empleo urbano y rural de noviembre 2006 del INEC, revela que 52.4% de la población en edad de trabajar está activa en el mercado de trabajo, ya sea trabajando o buscando (PEA). La tasa de participación en la fuerza de trabajo disminuyó ligeramente en 1.3 puntos porcentuales, en parte explicado por el impacto de los programas destinados a la erradicación del trabajo infantil, lo que redujo la cantidad de ocupados en el rango de 10 a 20 años de edad.

El 47.6% de la población en edad de trabajar es económicamente inactiva (no declararon estar buscando activamente un empleo, en las que se incluyen amas de casa, estudiantes, pensionados, jubilados, rentista, otros). Del total de ocupados, 31% está sub empleado (laboran menos de 40 horas por semana o devengan salarios inferiores al salario mínimo de la actividad económica que realiza). Por otra parte, predomina el trabajo informal con 63.3% del total de ocupados. La participación femenina en el total de ocupados fue 37.6% en 2006. El desempleo franco es de 6.5%.

Tabla 8: Tasas de Ocupación de Población de 10 Años y más por Nivel de Pobreza y Sexo
Nicaragua: 2005

Indicadores		Nacional	No Pobres	Pobres	Pobres Extremos
Tasa de Desempleo Abierto	Total	4.3	4.9	3.6	3.3
	Hombres	3.9	4.5	3.3	2.7
	Mujeres	5.1	5.4	4.4	5.5
Porcentaje de Ocupados	Total	95.7	95.1	96.4	96.7
	Hombres	96.1	95.5	96.7	97.3
	Mujeres	94.9	94.6	95.6	94.5
Porcentaje de Ocupados en Sector Formal	Total	33.4	40.2	24.5	21.2
	Hombres	34.4	43	25.4	22
	Mujeres	31.4	36.2	22	18.3

Fuente: EMNV 2005.

POBREZA

La pobreza es el principal determinante del estado de salud de la población nicaragüense. Según INEC (2004), el mapa de pobreza en Nicaragua identificó 32 de 153 municipios pobres que sufrían de pobreza severa y 34 de alta pobreza. El Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) clasifica a 30 municipios con IDHM bajo y medio. Así mismo, el mapeo de Inseguridad Alimentaria identifica 37 municipios con alta vulnerabilidad alimentaria. Esta realidad sitúa a 1,6 millones de personas vulnerables según el Mapa de pobreza; 2.4 millones de personas vulnerables según IDHM y 1.6 millones de personas vulnerables por Inseguridad Alimentaria (INEC, 2006).

De acuerdo a la EMNV 2005 (INIDE), se estima que la pobreza general en Nicaragua fue del 48.3% y la pobreza extrema del 17.2%.[7] La pobreza rural sigue siendo más extensa y profunda, que la urbana. Los datos sugieren amplias y permanentes brechas: mientras hay un 6.7% de pobreza extrema y 30.9% de pobreza general en la población urbana, en la rural correspondió a 30.5% y 70.3%, respectivamente.

Las dos regiones con mayor incidencia de pobreza general en Nicaragua (juntas reúnen más de las tres cuartas partes de población en esa condición), fueron la Central Rural con 76.8% y el Atlántico Rural con 76.6%. Al compararse los resultados de pobreza extrema y general, tanto a nivel nacional, urbano-rural y para cada una de las siete regiones del país, entre los años 2001 y 2005, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos. En otras palabras, las diferencias que se detectan entre el 2001 y el 2005 son demasiado pequeñas como para considerarlas reales. Las mujeres al nivel nacional participan menos en la pobreza que los hombres, representando el 52.1% de la población no pobre de Nicaragua.

7 La pobreza general incluye a los pobres extremos y a los pobres no extremos (o pobres en la brecha).

Tabla 9: Evolución de la Incidencia de la Pobreza según Área y Región de Residencia (%)
Nicaragua: 1993 – 1998 – 2001 – 2005

Área Geográfica	Pobreza General					Pobreza Extrema				
	1993	1998	2001	2005	Cambio 2001-2005	1993	1998	2001	2005	Cambio 2001-2005
Nacional	50.3	47.8	45.8	48.3	2.5	19.4	17.3	15.1	17.2	2.1
Urbano	31.9	30.5	30.1	30.9	0.8	7.3	7.6	6.2	6.7	0.5
Rural	76.1	68.5	67.8	70.3	2.5	36.3	28.9	27.4	30.5	3.1
Managua	29.9	18.5	20.2	21.2	1	5.1	3.1	2.5	3.6	1.1
Pacífico Urbano	28.1	39.6	37.2	37.7	0.5	6.4	9.8	5.9	6.4	0.5
Pacífico Rural	70.7	67.1	56.8	61.5	4.7	31.6	24.1	16.3	20.8	4.5
Central Urbano	49.1	39.4	37.6	39.3	1.7	15.3	12.2	11.1	12.8	1.7
Central Rural	84.7	74	75.1	76.8	1.7	47.6	32.7	38.4	37.1	-1.3
Atlántico Urbano	35.5	44	43	37.8	-5.2	7.9	17	13.1	9.8	-3.3
Atlántico Rural	83.6	79.3	76.7	76.6	-0.1	30.3	41.4	26.9	34.2	7.3

Fuente: EMNV 1998-2005. Y cálculos del Banco Mundial, con la EMNV 1993.

Tabla 10: Distribución de la Pobreza por Área de Residencia y sexo, según condición de pobreza
Nicaragua: 2005

Condición de pobreza	Nicaragua			Urbano			Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100	49.1	50.9	55.8	26.4	29.5	44.2	22.7	21.5
No pobre	100	47.9	52.1	74.6	34.6	40	25.4	13.2	12.2
Pobres generales	100	50.4	49.6	35.7	17.5	18.2	64.3	32.8	31.4
Pobre no extremo	100	50.2	49.8	43.5	21.2	22.3	56.5	29	27.5
Pobre extremo	100	50.6	49.4	21.7	10.8	10.9	78.3	39.8	38.5

Fuente: EMNV 1998-2005. Y cálculos del Banco Mundial, con la EMNV 1993.

1.2.3. DETERMINANTES SOCIALES

Existen importantes avances en la formulación de políticas y estrategias relativas a la Seguridad Alimentaria Nutricional, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como en el Plan Nacional de Salud (PNS) incluyen líneas de acción específicas, pero que se han expresado en acciones dispersas y duplicadas. A nivel de hogares, la inseguridad alimentaria está relacionada con el desempleo, el subempleo y los bajos niveles de ingreso que determinan la incapacidad financiera de cubrir la canasta básica.

Las principales inequidades sociales se expresan en las inequidades de género (las mujeres tienen el doble de la tasa de desempleo, 80% del trabajo informal, 20% menos de salario), en el trabajo infantil, en los problemas de acceso a servicios de las comunidades indígenas y afro descendientes (más del 75% sin acceso) y en el incremento de la brecha entre la población en los quintiles extremos (el 20% de población con ingresos más altos consume el 49% del ingreso).

Las diferencias territoriales son marcadas: las regiones del Caribe presentan los peores indicadores de calidad de vida, incluyendo poco acceso a servicios de salud. La alta dispersión geográfica y baja densidad poblacional, con 97.5% de las localidades con menos de 2500 habitantes, al igual que la insuficiente infraestructura vial incide en la falta de acceso a servicios.

La violencia intrafamiliar es un problema que afecta principalmente a las mujeres y niños. Los jóvenes nicaragüenses se enfrentan a problemas crecientes de violencia, lesiones, consumo de sustancias adictivas (tabaco, drogas y alcohol), falta de oportunidades y desempleo. La explotación, comercio sexual y delitos sexuales están creciendo. El trabajo infantil y adolescente afecta a, aproximadamente, 240,000 niños de 5 a 17 años, de los cuales el 61.4% no recibe remuneración económica por su labor.

EDUCACIÓN

En el sector educativo, pese a la existencia de políticas y planes sectoriales, la falta de acceso geográfico y económico a la educación determina que se encuentren excluidos del sistema educativo el 35% de la población entre 3-18 años. La escolaridad promedio de la población mayor de 10 años es de 5.2 años. Sin embargo, la población en situación de extrema pobreza, apenas alcanza 2.2 años de escolaridad, mientras que la población no pobre logra 6.6 años y la rural apenas 3.3 años.

El analfabetismo que en 1980 era del 50.35% ha disminuido en 2005 al 12.96%, pero en algunos lugares llega hasta el 20%. La cobertura para el 2005 de niños en preescolar no sobrepasa el 30.7%. Según el MECD la tasa neta de escolarización primaria no ha tenido un crecimiento constante, con un 85.47% para el 2002 y 82.58% en el 2004, lo que muestra que entre 800,000 y 1 millón de niños y jóvenes no asisten a la escuela.

Para 2005 fueron matriculados 417,248 estudiantes en secundaria, y solo un 39% de jóvenes en edad de asistir a la secundaria lo hace. Según estimaciones del 2003, la tasa de terminación de secundaria fue 45.24%. Datos de ENDESA 2001 presentaron que sólo el 19.9% de los hombres tienen educación secundaria y 36.1% de las mujeres. También muestran que el 25.9% de la población nicaragüense no sabe leer ni escribir.

La matrícula en educación de adultos que en 1983 fue de 187,858 alumnos, en el 2000 fue de 86,100 adultos, en el 2004 de 77,019 adultos, y en el 2005 de 100,000 alumnos. Aunque se observa un incremento en comparación al 2000 es mucho menos de lo registrado en 1983. Se estima que un poco más de 100,000 alumnos se matriculan anualmente en las universidades, sin embargo la tasa bruta de cobertura es de 22.4%, mientras la tasa neta oscila entre un 12% y 16%.

El mayor rezago relativo de Nicaragua se observa en el gasto por alumno de la enseñanza secundaria. Este ascendió al 5.2% del PIB per cápita y en América Latina promedia el 18% del PIB per cápita. En el 2005, la brecha desfinanciada del MECD para cumplir con las metas del milenio asciende a US$75.6 millones y la del MINSA a unos US$ 50 millones.

1.2.4. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

En Nicaragua, las instituciones responsables de los temas ambientales son: El Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARENA), Procuraduría General de la Republica, a través de la Procuraduría Específica Ambiental, Fiscalía, Ministerio de Salud, ENACAL, INAA, INETER, FISE, y demás instituciones del estado, conforme su quehacer y mandatos de ley, la Comisión Nacional del Agua (ANA), conforme Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento. Las Municipalidades y sus Consejos Municipales, los Gobiernos Regionales del Atlántico Norte y Sur, la Asamblea Nacional a través de la Comisión de Medio Ambiente y Recursos Naturales en conjunto con la Comisión de Salud y Bienestar Social por el vínculo intrínsico de los determinantes que inciden en la salud de la población.

Se dispone de información anual del boletín institucional de los Indicadores Básicos en Salud. Existen los indicadores ambientales elaborados con la participación de técnicos de las instituciones, compilados a través del MARENA mediante el Sistema de Información Nacional Ambiental, SINIA. En el sistema se han establecido indicadores ambientales de calidad del agua, de cobertura de servicios, de polución a las aguas, de turismo, entre otros.

Investigaciones operativas se han desarrollado sobre temas de arsénico en el agua, plaguicidas, afectación de agroquímicos en la población laboral de los tabacales, afectación de personas adultas y niños y niñas expuestas al plomo, el tema de cáncer en la piel, se conoce a través de la morbilidad y Atención Médica sin embargo no se ha desarrollado investigaciones con rigor científico que contribuya a la búsqueda de respuestas preventivas y de atención socio ambiental. El tema es de interés en salud pública y debe ser considerado en el Comité de Investigación del MINSA y promover a lo interno de la institución la cultura y facilitación para el desarrollo de la investigación.

Los mecanismos legales se establecen a través de las Leyes existentes en el país y las regulaciones pertinentes que se les mandata a los dueños de establecimientos que desarrollan actividades económicas y que inciden en la contaminación del ambiente.

Como trazador de las condiciones de vida en ENDESA se registró que sólo el 31.1% de los hogares en Nicaragua tienen agua para beber dentro de sus viviendas.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

La Ley General de salud establece en el arto. 4 del título I, que la rectoría del sector corresponde al Ministerio de Salud (MINSA), el cual está encargado de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

El derecho a la salud está consignado en la Constitución de la República que en su arto.59 establece que "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen".

Este derecho se tutela a través de la Ley General de Salud que establece que el Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de dicha Ley y su Reglamento; así como elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Para desarrollar sus actividades el MINSA debe coordinarse con otros entes reguladores, como son el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Forestal (MAGFOR) en lo concerniente a la sanidad vegetal y animal y seguridad alimentaria, el Ministerio de Educación (MINED) en la educación en salud, el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA), el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados en lo concerniente al control de la calidad del agua y la disposición de aguas servidas, con las alcaldías en lo relacionado al manejo de los desechos sólidos.

2.1.2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

La Política Nacional de Salud, es el conjunto de lineamientos o directrices elaboradas como repuesta a las demandas de la población nicaragüense con relación a su situación de salud y a los retos del sector.

El Ministerio de Salud elaboró la Política Nacional de Salud 2004 – 2015 en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo y las Metas del Milenio. El Plan Nacional de Salud 2004-2015, establece con mayor precisión los alcances de la Política Nacional de Salud (objetivos, metas e intervenciones estratégicas). El Plan contiene el diseño de los indicadores y mecanismos de seguimiento sistemático, con el fin de que los mismos puedan ser utilizados para el seguimiento y evaluaciones correspondientes.

El seguimiento de la implementación de la Política Nacional de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud está a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Planificación y Desarrollo, la que operativamente establece los nexos necesarios entre las instituciones y organizaciones del sector con el fin de recolectar, procesar y analizar la información necesaria, transfiriéndola a las instancias de conducción del sector salud.

ENFOQUE SECTORIAL EN SALUD

El Ministerio de Salud, en el marco del proceso de fortalecimiento de su liderazgo del Sector, desde el año 2003 ha venido construyendo un proceso de Enfoque Sectorial en Salud (ESS) en que convoca a los socios para el desarrollo, a instituciones y organismos del gobierno que tienen que ver directamente con el desarrollo del Sector Salud a participar en forma activa en el desarrollo sectorial.

El desarrollo del ESS contempla la consolidación de procesos de apropiación y liderazgo para garantizar la conducción efectiva del sector sobre las políticas y estrategias de salud y coordinar de manera eficiente el proceso de desarrollo nacional en salud. La apropiación y el liderazgo han sido enfocados a la integración de los objetivos de desarrollo del sector en la formulación de las políticas tanto a nivel nacional como a nivel sectorial y territorial.

Además, se impulsa un proceso de alineamiento de todos los involucrados en el desarrollo del sector (socios para el desarrollo, instituciones y organismos del gobierno), el cual se dirijan todos sus esfuerzos a potenciar el abordaje a las prioridades, objetivos y políticas nacionales a fin de contar con un efecto sinérgico del accionar de cada parte en función de las necesidades prioritarias de la población.

Finalmente, este ESS busca la armonización de los procedimientos administrativos con el objeto de lograr una mayor eficiencia del uso de los recursos disminuyendo sensiblemente los costos de transacción de la cooperación al utilizar procedimientos fiduciarios, de adquisiciones y de control interno (auditorías) basados en los establecidos por el país en forma transparente a través de su legislación, además reduciendo el tiempo necesario para elaborar informes por fuentes y atención a misiones específicas por proyecto para la supervisión, revisión y evaluación de los mismos.

En el año 2005 fue promulgada la Ley de administración presupuestaria, Ley 550, por la cual se establece el uso de Marcos Presupuestarios de Mediano Plazo, con alcance de tres años y actualizados anualmente con detalles, en las que se fijan techos para el periodo. Esta modificación debe obligar a replantear la programación quinquenal y acoplarla con la de Mediano Plazo utilizada por el gobierno.

El Plan Quinquenal de Salud 2005-2009 ha sido un elemento fundamental para materializar el proceso de alineamiento de la cooperación y en torno a él, se ha constituido un Fondo Común de libre disponibilidad en apoyo al presupuesto que respalda las acciones de dicho Plan Quinquenal.

2.1.3. REGULACIÓN SECTORIAL

El MINSA ejerce su función regulatoria en la habilitación y acreditación de establecimientos de salud; registro de los profesionales de salud; administración de la Ley de Medicamentos y Farmacia; registro de cosméticos; registro de alimentos y bebidas; vigilancia de alimentos fortificados como la sal, azúcar y harina; muestreo de comidas preparadas (lácteos, agua, salsas y otros); registro y supervisión de expendios de alimentos; y registro de organismos internacionales con actividades en salud.

El MINSA también regula la internación de donaciones de insumos médicos (por carga o como parte de equipaje), así como las Delegaciones y Brigadas Médicas Internacionales que ingresan al país, provenientes de Organismos Gubernamentales o No Gubernamentales, destinados a brindar ayuda médico asistencial humanitaria a personas de escasos recursos.

Existen coordinaciones con las universidades y el Consejo Nacional de Universidades (CNU), este último autoriza la creación de universidades y dictamina positivamente o negativamente la apertura de las carreras universitarias. Por tal razón el Ministerio de Salud, inscribe los títulos emitidos por los centros de formación de recursos humanos reconocidos por el CNU.

Para el ejercicio de sus funciones de regulación sectorial el MINSA se apoya en las siguientes disposiciones legales: Ley general de Salud y su Reglamento; Ley 290 (Ley de organización y competencia del poder

ejecutivo); Disposiciones Básicas Sanitarias, Decreto No. 394 y 432, Ley 182 (Ley de Defensa del Consumidor), Ley 219 (Ley de Normalización, Normas Internacionales del Codex Alimentarius); y Ley No. 292 (Ley de Medicamentos y Farmacias y su Reglamento).

Según los resultados de la medición de la Función Esencial de Salud Pública No. 6, Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública, en 2001, se destaca el elevado cumplimiento en elaboración de leyes y marco regulatorio en salud. No así los esfuerzos por hacer cumplir las normas, la capacidad institucional para la fiscalización, la ausencia de incentivos al rol fiscalizador y la falta de supervisión de los procesos de fiscalización.

MEDIO AMBIENTE

Existe una Ley para control de emisiones vehiculares, los mecanismos están establecidos y están bajo la responsabilidad de MARENA. El Ministerio de Salud está articulado mediante la Comisión Interinstitucional, con el MTI y la Policía Nacional, a través de la Dirección Nacional de Tránsito. Existen equipos de medición de control de emisiones de contaminantes ambientales producto de la combustión. Existe la normativa de que los vehículos deben pasar por un control mecánico y para el control de emisiones, chequeo que se realiza mediante talleres previamente aprobados y calibrados. Existen disposiciones ambientales para el ingreso de vehículos usados y los requisitos se cumplen mediante la Dirección General de Aduanas.

La Ley 559, Ley especial de delitos contra el Medio Ambiente y los Recursos Naturales, en el capítulo II, arto. 8, trata la Contaminación Atmosférica. La Ley General de Salud, Ley 423, Título VI De la salud y el Medio Ambiente, Capitulo I Del Saneamiento Ambiental, determina los rangos máximos contaminantes permisibles y las normas técnicas a que deben sujetarse las personas naturales o jurídicas en las materias relacionadas con el medio ambiente. Para la eliminación de excretas y residuos existen mecanismos legales de fiscalización en instituciones como: MINSA, las municipalidades, Gobierno Regional, ENACAL, FISE, INAA.

Con respecto a productos tóxicos y radiactivos se regula por la Comisión Nacional de Energía Atómica, bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Su soporte legal son las disposiciones y normas y recomendaciones en materia, la Legislación Sanitaria, forma parte también de la Comisión un miembro de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN. Las sustancias tóxicas están reguladas por leyes en materia mediante las instituciones de MAGFOR, MARENA y MINSA, MTI, ENAP, DGA (ADUANA) articulados con las instituciones del trabajo, MITRAB, y las asociaciones y organizaciones gremiales.

En cuando a la fiscalización de la contaminación del agua, se realiza inspección sanitaria, muestreo de aguas, a través del MARENA, ENACAL e INAA, se realiza la evaluación de cargas contaminantes, evaluaciones ambientales, monitoreo de la calidad de las aguas, inventario de problemas en la cuenca y cuerpos de agua. Mediante la Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento la Autoridad Nacional del Agua, ANA, será la encargada de efectuar las regulaciones maniatadas y establecerá los nuevos mecanismos conforme ley.

Los Mecanismos legales que garantizan el acceso a agua potable de la población son: El programa de inversiones públicas; las inversiones para el subsidio de la tarifa; la protección y prioridad del agua para consumo humano, según Ley General de Aguas Nacionales y su Reglamento; la prioridad de desarrollo rural y peri urbano considerando las familias y comunidades postergadas, sin acceso al agua potable. Las campañas de promoción de la salud, la distribución de cloro y muestreo de agua para consumo humano, como parte de la Vigilancia de la Calidad del Agua. Basado o sustentado en la situación de salud de las comunidades y los indicadores de morbi-mortalidad se priorizan las comunidades o barrios para realizar programas o proyectos de agua potable y saneamiento.

El MINSA tiene como misión la inspección sanitaria y la vigilancia de la calidad del agua, así como la elaboración de temas de información y mensajes educativos para que sean promocionados en todo programa o proyecto de agua y saneamiento en beneficio de la población en general, difusión de mensajes en zonas rurales, a través de medios locales en todo el territorio nacional.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. FINANCIAMIENTO Y GASTO

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

a) 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 en servicios públicos y 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.

b) Fuentes de financiamiento públicas. Se trata de la recaudación fiscal y de los llamados “Recursos de Alivio Interino”, 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.

c) 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.

Durante el período 2000 - 2004 el financiamiento para el Sector Salud tuvo incrementos considerables pasando de U$ 275.4 millones de dólares en el año 2000 a U$ 354.9 millones en el 2004. Este incremento de manera porcentual fue de 1.7% en el 2001/2000 y de 9.0% del 2004/2003, comprendiendo todas las fuentes de financiamiento (fondos fiscales, fondos propios, cooperación externa y fondos privados), destacándose en los últimos 3 años en el subsector publico los recursos del alivio interino, los que representaron respectivamente el 0.2%, 0.5% y 0.6% del Producto Interno Bruto. A su vez esta fuente de financiamiento en el 2004 representó el 7.9% del total del financiamiento del sector salud.

Datos provenientes de las Cuentas Nacionales en Salud 2003, presentan que el gasto nacional en salud fue de 7.8% del PIB (2003), siendo el gasto público de 3.9% para ese mismo año.

En el período analizado el Gasto Total en Salud de los Hogares ha sido en promedio el 50.2% del Gasto Total del Sector Salud. Esta participación de gasto ha venido descendiendo en un porcentaje relativamente bajo, pasando de 51.1% en el 2000 a un 49.4% en el 2004; la relación de este gasto con respecto al PIB, fue del 3.6% en promedio en el período. Del gasto total que realizaron los hogares en salud durante el período, destinaron en promedio el 71.8% en compra de medicamentos, lo que hace suponer que la gran mayoría de la población se automedica. Este gasto en medicamentos que los hogares han venido asumiendo con sus pocos ingresos, representa el 30.1% del gasto total del sector salud y el 2.2% en promedio con respecto al PIB, lo que indica que los escasos ingresos de las familias pobres, cada día se ven más limitados para mejorar sus condiciones de vida como son vivienda, educación, recreación etc. así como todo lo básico para tener una vida digna y saludable. También se considera que un alto porcentaje de este gasto que realizan los hogares, es financiado con remesas familiares, definido como transferencias corrientes recibidas del exterior de parte de familiares. En el período 2000- 2004 las remesas familiares totales han representado en promedio el 9.6% del PIB según datos del BCN.

Tabla 11: Financiamiento del Sector Salud,
En millones de dólares de 1994 y % del PIB
Nicaragua: 2000 - 2004

SECTOR SALUD	2000	2001	2002	2003	2004
1. Subsector Publico	**147.2**	**150.9**	**156.5**	**184.2**	**196.4**
(En % del PIB)	3.7%	3.8%	3.7%	3.9%	3.7%
1.1 MINSA, Entes descentralizados y otras Inst. Públicas[1/]	**107.5**	**103.6**	**112.5**	**135.1**	**137.7**
(En % del PIB)	2.7%	2.6%	2.8%	3.3%	3.0%
1.1.1.Financiamiento interno	**91.5**	**83.7**	**83.5**	**83.9**	**72.1**
(En % del PIB)	2.3%	2.1%	2.1%	2.0%	1.6%
1.1.2.Financiamiento externo	**16.0**	**19.9**	**29.0**	**51.1**	**65.6**
(En % del PIB)	0.4%	0.5%	0.7%	1.2%	1.4%
1.2. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	39.7	47.3	43.9	49.2	58.7
(En % del PIB)	1.0%	1.2%	1.1%	1.2%	1.3%
2. Subsector Privado	**128.2**	**129.0**	**142.1**	**141.2**	**158.5**
(En % del PIB)	3.2%	3.2%	3.5%	3.4%	3.5%
TOTAL FINANCIAMIENTO SECTOR SALUD	**275.4**	**279.9**	**298.5**	**325.5**	**354.9**
TOTAL FINANCIAMIENTO/ PIB (%)	**7.0%**	**7.0%**	**7.4%**	**7.8%**	**7.8%**

1/: Entes desentralizados (BCN, Alcaldia de Managua, Universidades); Otras Inst publicas (Gobernación, Defensa, otros ministerios.
Fuente: Cuentas Nacionales en Salud - DGPD, MINSA. Septiembre 2007.

Tabla 12: Gasto del Sector Salud
En millones de dólares de 1994 y %
Nicaragua: 2000 - 2004

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004
Gasto Sector Salud, como % del PIB	7.0%	7.0%	7.4%	7.8%	7.8%
Gasto Percapita Sector Salud (dólares por hab.)	54	54	58	62	66
Gasto Público en salud/Total Gasto Público (%)	18.8%	18.3%	24.8%	26.7%	23.7%
Gasto Público en Salud percapita (dólares por hab.)	29	29	30	35	37
Gasto en salud de los Hogares, como % del PIB	3.0%	2.9%	3.4%	3.0%	3.2%

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud - DGPD, MINSA
Septiembre 2007.

La mayor proporción del gasto del sector salud corresponde al subsector público con un 54.3%, mientras que el subsector Privado contribuye con el 45.7% en relación al gasto total; con respecto al PIB la relación ha sido de 4.0% y 3.4% en promedio respectivamente, siendo la Función de mayor participación en ambos subsectores los Servicios Curativos con 19.5% y 9.7% en promedio respectivamente. En relación al gasto total, asimismo en el subsector Publico la Función de Promoción y Atención Preventiva ha sido del 6.7% en promedio con respecto al total del gasto, en cambio en el subsector Privado esta Función alcanzó un promedio durante el período de 0.8% en relación al total del gasto del sector por función. Esto nos muestra que la Atención Preventiva es escasa en el subsector Publico y mínima en el Privado, por lo cual se requiere de un mejor enfoque hacia la Atención de Promoción y Prevención de la salud.

Tabla 13: Gasto del Sector Salud, por funciones
En millones de dólares y en % del PIB
Nicaragua: 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
1. SUBSECTOR PUBLICO	**147.2**	**3.7%**	**150.9**	**3.8%**	**156.5**	**3.9%**	**184.2**	**4.4%**	**196.4**	**4.3%**
Servicios curativos	49.8	1.3%	49.8	1.2%	58.8	1.5%	68.8	1.7%	74.3	1.6%
Promoción y atención preventiva	18.9	0.5%	22.7	0.6%	23.1	0.6%	22.9	0.6%	13.6	0.3%
Servicios de rehabilitación	0.6	0.01%	0.6	0.01%	0.5	0.01%	0.7	0.02%	0.6	0.01%
Servicios de cuidados a largo plazo	1.4	0.04%	1.8	0.04%	1.6	0.04%	1.8	0.04%	1.6	0.04%
Servicios Auxiliares (Laboratorios)	2.6	0.06%	2.7	0.07%	4.4	0.1%	5.1	0.1%	6.0	0.1%
Insumos médicos	37.3	0.9%	40.2	1.0%	35.8	0.9%	44.8	1.1%	49.6	1.1%
Administración	11.4	0.3%	12.0	0.3%	12.5	0.3%	14.5	0.4%	18.5	0.4%
Formación de RRHH e Investigación	8.2	0.2%	1.2	0.03%	4.3	0.1%	6.7	0.2%	8.6	0.2%
Gastos de capital en infraestructura y Equipo	16.1	0.4%	18.2	0.5%	13.0	0.3%	16.4	0.4%	22.0	0.5%
Otros gastos no clasificados por función	0.9	0.02%	1.7	0.04%	2.6	0.06%	2.5	0.06%	1.4	0.03%

	2000		2001		2002		2003		2004	
2. SUBSECTOR PRIVADO	**128.2**	**3.2%**	**129.0**	**3.2%**	**142.0**	**3.5%**	**141.2**	**3.4%**	**158.5**	**3.5%**
Servicios curativos	27.8	0.7%	33.1	0.8%	34.6	0.9%	23.9	0.6%	26.7	0.6%
Promoción y atención preventiva	2.8	0.07%	3.3	0.08%	1.5	0.04%	0.9	0.02%	4.2	0.1%
Servicios de rehabilitación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicios de cuidados a largo plazo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicios Auxiliares (Laboratorios)	8.5	0.2%	10.4	0.3%	11.1	0.3%	7.0	0.2%	7.7	0.2%
Insumos médicos	85.1	2.2%	78.3	1.9%	91.7	2.3%	97.8	2.4%	115.2	2.5%
Administración	2.0	0.05%	1.9	0.05%	0.6	0.01%	3.9	0.09%	1.5	0.03%
Formación de RRHH e Investigación	-	-	-	-	0.6	0.02%	0.1	0.004%	1.7	0.04%
Gastos de capital en infraestructura y Equipo	0.2	0.01%	0.4	0.01%	0.2	0.004%	0.7	0.02%	0.7	0.01%
Otros gastos no clasificados por función	1.7	0.04%	1.6	0.04%	1.7	0.04%	6.9	0.2%	0.8	0.02%
TOTAL SECTOR SALUD	**275.4**	**7.0%**	**279.9**	**7.0%**	**298.5**	**7.4%**	**325.5**	**7.8%**	**354.9**	**7.8%**

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud – MINSA

2.2.2. ASEGURAMIENTO

En Nicaragua se cuenta con la Constitución política que reconoce el derecho a la salud a los nicaragüenses. Igualmente la Ley General de Salud expresa en el arto. 1 que el objeto de la ley es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.

La Ley general de Salud y su Reglamento establecen los diversos regímenes y planes que garantizan la cobertura y acceso a los servicios de salud y de acceso a los mismos. Según la Ley el Sector Salud se integra por tres regímenes, como conjunto de beneficios articulados para lograr realizar el principio de universalidad, estos son: contributivo, no contributivo y voluntario. Los regímenes mencionados financian los programas de beneficios a los que se puede acceder, siempre que se cumpla con las condiciones que en cada uno de ellos se establecen en la presente Ley y su Reglamento. La responsabilidad de las Autoridades sanitarias conlleva a garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

En el régimen contributivo se encuentra el seguro obligatorio, de los trabajadores en general (INSS), y los de los miembros del ejército y la policía. El INSS efectúa sus prestaciones a través de los servicios de Empresas Médicas Previsionales, públicas y privadas. El ejército y la policía cuentan con sus propios servicios.

No se ha desarrollado un sistema de aseguramiento privado de forma amplia, sin embargo existe la oferta de seguros de enfermedad y accidente que reembolsan los gastos.

El MINSA es el organismo responsable de garantizar el acceso de la población a los diferentes regímenes y proteger el derecho de los usuarios, a estar informados y a recibir una atención de calidad, por lo que la Ley manda la implementación del Sistema de Garantía de Calidad integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario a menor costo y menor riesgo. Está compuesto por: habilitación y acreditación de establecimientos, auditorias de la calidad de la atención médica, regulación del ejercicio profesional y los tribunales bioéticos.

Tanto el MINSA como la Dirección de Protección al Consumidor del Ministerio de Fomento Industria y Comercio pueden recibir y resolver problemas de los usuarios con los proveedores de servicios de salud. Así mismo el MINSA desarrolla de manera periódica encuestas de satisfacción de usuario a fin de mejorar la prestación de servicios de salud.

2.2.2.1. Marco Legal

Existe un cuerpo de leyes que identifica los beneficiarios de las prestaciones de salud, las más importantes, la Ley General de Salud y su Reglamento y la Ley de Seguridad Social.

2.2.2.2. Beneficios

Las Leyes y los planes y programas de salud establecen los beneficios a que tienen derecho los asegurados a los regímenes previsionales y el régimen no contributivo administrado por el MINSA. No se contemplan servicios complementarios en el sector privado.

2.2.2.3. Estructura y Gestión

La regulación del sistema previsional, en teoría le corresponde al INSS, sin embargo en el caso de los sistemas de las fuerzas armadas, estos se rigen por las normas de la Contraloría de la República. Los seguros privados se rigen por las normas de la Superintendencia de Bancos y otras Entidades Financieras.

2.2.2.4. Cobertura poblacional

La cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (60%), INSS (7.7% afiliados y familiares), Gobernación y Ejercito (8%), instituciones privadas (4%). Gran parte de la población complementa los servicios de MINSA con servicios privados y del sector ONG. La falta de cumplimiento de la legislación vigente sobre seguridad social, que mandata la obligatoriedad de la adscripción al INSS para todos los trabajadores en las primeras 72 horas de contratados, es un problema fundamental para la cobertura de los servicios de salud. Por una parte, viola el derecho al aseguramiento de cerca de 40% de los trabajadores formales del país, incluyendo algunos trabajadores públicos y por otro lado, este grupo no asegurado utiliza recursos de salud del MINSA, que de otra forma podría destinarse a la atención a población no asegurada.

A diciembre de 2006, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social contaba con 439,002 asegurados activos, de los cuales 216,598 hombres (51%) 222,404 mujeres (49%). Managua, Chinandega, León y Matagalpa son los Departamentos que concentran un 74% del total de la población asegurada. El otro 26% se encuentra distribuido en los Departamentos de Masaya, Granada, Carazo, Rivas, Boaco, Matagalpa, Jinotega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, RAAN, RAAS y Río San Juan.

El 18% de la población económicamente activa está actualmente adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y junto a sus beneficiarios representan aproximadamente el 7,7% de la población total del país, los que son identificados como derechohabientes del INSS. Sin embargo, no todos los asegurados al INSS están cubiertos por el Régimen integral que incluye Enfermedad y Maternidad, sino que para el año 2006, existe un 12.6% de asegurados al INSS que únicamente tienen beneficios en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

Entre los asegurados con Régimen Integral, su adscripción a las Empresas Médicas Previsionales ha sido un proceso gradual en los últimos años, de tal forma que en la actualidad el 92,6% de los asegurados con Régimen Integral están adscritos a una Empresa Médica Previsional (77,4% de los asegurados, lo que deja por fuera de estos beneficios aproximadamente a 100.000 derechohabientes del INSS). Por otra parte, debido a la concentración de las EMPs en el pacífico del país y la dispersión de los derechohabientes del INSS, se calcula que un porcentaje importante de los mismos no tienen acceso a las EMPs, por lo que terminan demandando los servicios del MINSA más próximos a sus domicilios.

En la población no asegurada, existen diversos factores que influyen en su accesibilidad a los servicios del MINSA. Por un lado, existe una desigual distribución de la oferta de servicios del MINSA, lo que influye en la accesibilidad geográfica de la población, especialmente para los sectores más pobres que no tienen capacidad económica para pagar los costos de transporte en zonas dispersas, así como los costos de alojamiento en las cabeceras departamentales.

Esta situación se refleja en la utilización de los servicios de salud del MINSA, lo que está muy relacionado con los grados de bienestar de la población identificados por ENDESA2006/07. El 77.1% de los niños tienen el esquema completo de vacunación, de acuerdo a su edad, lo cual representa un leve incremento en relación al 2001, en que el 73.5% de niños alcanzaron este beneficio. A nivel de regiones, el más alto porcentaje se observa en la región Central, con 88.8% y el más bajo en la región Atlántico, con 65.7% de niños cubiertos. Es importante notar que, en promedio, las áreas urbana y rural presentan coberturas similares (78.2% y 75.7%, respectivamente). Por otra parte, la poca capacidad operativa y resolutiva de las unidades de primer nivel de atención hace que la cobertura de servicios básicos a la población más vulnerable, sobre todo en el área rural, haya disminuido hasta un 65% de la población total. La perdida de la operatividad de las unidades prestadoras de servicios se explica en parte por la competencia por recursos existente con las estructuras administrativas de los SILAIS, quienes toman decisiones y disponen de los fondos de los centros de salud y puestos de los servicios municipales de salud, estableciendo los gastos de la burocracia administrativa.

2.2.2.5. Mecanismos de pago a prestadores

Actualmente el MINSA no paga a proveedores de servicios de salud externos. El INSS paga un per cápita mensual uniforme de US$ 14.40 (2005) por cada beneficiario activo para cubrir un paquete predefinido de servicios pues la cobertura no es universal, tanto en términos de beneficios, dependientes y edades.

El INSS no considera el tamaño de cada EMP ni su estructura por edad y sexo, la composición de los hogares por número de dependientes, ni el consumo de servicios de salud por cada tipo de integrante. Todas estas variables tienen fuerte impacto sobre el costo operativo de cada clínica.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

La provisión de los servicios de salud se realiza actualmente por los diferentes subsistemas de salud: **subsistema público**, conformado por la red de puestos de salud, centros de salud, y hospitales tanto civiles como militares y **subsistema privado** compuesto por consultorios individuales, hospitales, clínicas y empresas médicas provisionales que venden servicios al seguro social. Dentro de los servicios privados, también están los centros, consultorios dedicados a la medicina natural o alternativa.

Existen además una cantidad de laboratorios clínicos , centros de imaginología, ópticas, farmacias privadas, etc. También se cuenta con un subsistema comunitario integrado por redes de brigadistas, parteras y colaboradores voluntarios, quienes trabajan por la salud de sus comunidades. Este subsistema tiene como sede las casas bases y las casas maternas las cuales son establecimientos comunitarios destinados al alojamiento de mujeres embarazadas y puérperas que vienen de comunidades de difícil acceso.

El MINSA es el principal prestador de servicios médicos en el país. Posee oficinas en cada uno de los 15 departamentos del país y 2 Regiones Autónomas, 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 MINSA (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 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 EMP al INSS y al público capaz de pagar por ellos. El Ministerio de Defensa brinda atención médica para su personal y sus familiares.

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 EMP, tanto del sector público como del sector privado, a través de contratos con pago per capita y pago de eventos. El pago a cada EMP 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 12 años y el embarazo y parto de las cónyuges (así como el cáncer de cérvix y de mama).

La provisión del servicio de atención primaria por parte de las ONG’s es complementaria a la provisión pública, dando origen a un escenario mixto de provisión y financiamiento.

2.3.1. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

El MINSA es el principal oferente de servicios de salud en el país a través de su red de servicios en los dos niveles de atención. El primer nivel de atención del MINSA está organizado a través de los centros y puestos de salud. Hay centros de salud en cada municipio, con diferente capacidad resolutiva: algunos tienen camas y otros no; en los municipios en que se ubica la cabecera departamental pude existir más de un centro de salud y en la Capital existen 11. 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 resolutiva; 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 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 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 sus servicios privados.

Tabla 14: Uso de Servicios de salud
Tasa Global de Uso
Nicaragua: 2007

		Atenciones Ambulatorias 1er. Nivel de Atención	Consultas médicas 2do. Nivel de Atención
Género	Masculino	3.304.274	747.564
	Femenino	7.447.631	1.203.897
Pertenencia Étnica	Mestizo	10.212.952	ND
	Afro Descendientes	50.670	ND
	Indígenas	487.664	ND
	Otros	619	ND
Grupos de Edad	< de 5 años	2.987.135	299.170
	5 -14 años	1.434.913	251.409
	15 - 49 años	5.044.891	1,400,882*
	50 - 64 años	827.057	ND
	65 y > años	457.909	ND

FUENTE(S):División de Sistemas de Información-Oficina de Estadísticas
* 15 y + años, (no se dispone de mayor desagregación)

2.3.2. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos

El proceso de formación de Recursos Humanos para el Sector Salud se hace desde instituciones formadoras las que en general están bajo la tutela de centros universitarios públicos y privados. Anualmente egresa un promedio de 250-300 médicos de los centros universitarios, con un número mucho menor de enfermeras. El MINSA le ha planteado a la Universidad Nacional el realizar un análisis del programa de medicina general para actualizar el perfil del médico en función de las necesidades del primer y segundo nivel.

De acuerdo con las Políticas de Salud del Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, hay un incremento en el ingreso para estudiar especialidades médicas y para la formación de auxiliares, técnicos y profesionales de otras ramas de la salud diferentes a la medicina. A la fecha se vienen fortaleciendo los mecanismos para la certificación de los trabajadores de la salud.

En enfermería se ha implementado el programa de enfermería general con énfasis en salud pública y orientada a elevar la capacidad del personal de enfermería del primer nivel, a fin de fortalecer la capacidad de los municipios. En las especialidades se han elaborado e implementado programas para elevar la capacidad de resolución de la atención médica del primer nivel de atención, en función de los problemas priorizados de salud, en las áreas de epidemiología, salud materno infantil y toxicología. También se han implementado programas para el fortalecimiento de las capacidades gerenciales a niveles de maestrías y diplomados, priorizándose los equipos de dirección de los municipios a nivel nacional.

Tabla 15: Recursos Humanos en Instituciones del Sector Publico
Nicaragua: 2000-2007

AÑO	MEDICOS		ENFERMERAS		ENFERMERAS AUXILIARES	
	SEXO		SEXO		SEXO	
	M	F	M	F	M	F
2000	1034	985	78	1422	534	3962
2001	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2002	1097	969	97	1453	538	3848
2003	1100	1002	360	1286	620	3802
2004	1090	1027	138	1616	616	3694
2005	1106	1046	128	1653	601	3635
2006	1207	1156	136	1977	521	3366
2007	1376	1231	172	2265	530	3287

FUENTE(S): Dirección General de Recursos Humanos MINSA

Sobre la investigación en salud se puede señalar que es incipiente como proceso institucional, lo que no niega que en las unidades de salud, especialmente en los hospitales, se realicen esfuerzos como parte del proceso de formación de personal de salud; sin embargo, el MINSA no cuenta con un plan nacional de investigación, ni mecanismos que articulen al Ministerio de Salud, las universidades y centros de investigación. En la evaluación de las funciones esenciales de salud pública se identificó que la investigación en salud es la función más débil del sistema.

Tabla 16: Recursos Humanos en el Sector Salud
Nicaragua: 2000 - 2007

Recurso Humano / Periodo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Razón de Médicos por 10,000 habs.	3.98	ND	3.87	3.83	3.76	3.92	4.22	4.65
Razón de Enfermeras (os) Profesionales por 10,000 habs	2.96	ND	2.90	3.00	3.12	3.25	3.78	4.35
No. de Egresados Postgrado en Salud Publica	36	41	63	103	36	112	24	55
No. de Graduados Postgrado en Salud Publica	25	32	52	56	29	84	4	9

Fuentes: Nominas de los meses de Diciembre de los años 2000 al 2007 del Ministerio de Salud.
INEC, estimaciones, Dir. Estadísticas Sociodemográficas Mayo 2004. Revisión INEC-CELADE en base a censos de población 1971-1995 y 2005.
Escuelas de Postgrado UNAN León y CIES. Egresados y Graduados en Salud Pública

2.3.2.2. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud

El MINSA suscribe con los Sindicatos de Trabajadores de la Salud el Convenio Colectivo, donde se establecen los deberes y derechos de los Empleadores y Empleados, garantizando la participación de los trabajadores a través de sus representantes sindicales en todos los procesos de Formulación, Ejecución, Seguimiento y Control del presupuesto. Vale mencionar la Ley No. 185 Código del trabajo y la ley No. 476 “Ley del Servicio Civil y de la Carrera Administrativa”, y su Reglamento.

Un espacio de concertación a lo interno es la negociación del Convenio Colectivo y Salarial, que establece acuerdos entre las autoridades del Ministerio y sus trabajadores. Otra forma de concertación es el establecimiento de comisiones de trabajo con grupos de interés específicos, que pueden ser asociaciones gremiales de profesionales. Otro ejemplo es la Comisión MINSA- UNAN donde se establecen acuerdos para la formación de personal de salud.

2.3.3. MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

La nueva Ley no. 292 de Medicamentos y Farmacias, publicada en 1998, regula la fabricación, distribución, importación, exportación, almacenamiento, promoción, experimentación, comercialización, prescripción y dispensación de medicamentos para uso en seres humanos y de cosméticos y dispositivos médicos. La Ley también regula la selección, evaluación y publicidad de estos productos, así como su control de calidad, registro sanitario y uso racional. Sienta, además, determinadas normas sobre el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos, describe las responsabilidades del propietario y regente y define las respectivas infracciones y sanciones.

El mercado de medicamentos se caracteriza por la falta de control en la importación, la prescripción y expendio, influenciados por la agresiva promoción de distribuidores y fabricantes, márgenes de ganancia fuera de control de la autoridad reguladora, y falta de verdadera competencia de precios en el mercado, dado que el Ministerio de Finanzas Industria y Comercio (MIFIC) fija los precios de cada medicamento individualmente con base al precio CIF informado por el importador y no en referencia al precio de productos equivalentes. Adicionalmente, factores culturales y desinformación provocan el uso irracional de medicamentos por la población, favoreciendo el surgimiento incontrolado de farmacias y otros puntos de venta en mercados, supermercados y pulperías.

El MINSA ha desarrollado el CIMED, que es un centro enfocado en la promoción del uso apropiado de los medicamentos a través del fortalecimiento de la gestión de la información terapéutica, y en su aplicación en la toma de decisiones clínicas individuales y de salud pública. Particularmente el CIMED centra sus esfuerzos en la producción y diseminación de información farmacoterapéutica científica e independiente entre tomadores de decisiones y prescriptores, así como en el fortalecimiento de capacidades y habilidades de los mismos para identificar, evaluar y aplicar la mejor evidencia biomédica disponible.

El MINSA cuenta con un listado de medicamentos esenciales que se revisa cada dos años y se publica por su nombre genérico. El INSS cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las EMP deben proveer a los asegurados.

Las instancias que regulan el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el MINSA son: la Unidad de Adquisiciones, el CIPS y la Dirección de Abastecimiento de Insumos para la Salud. La política nacional de precios de los medicamentos es responsabilidad del Ministerio de Fomento, Industria y Comercio.

2.3.4. EQUIPO Y TECNOLOGÍA

Las unidades de salud del primer nivel de atención del MINSA cuentan con 1681 equipos censados de los cuales el 75% se encuentran funcionando. Según la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001, el 100% de los Centros de Salud con camas y sin camas cuentan con refrigeradora, caja fría y termo para vacunar; sin embargo, sólo el 61% de los puestos de salud tienen refrigeradora, el 28% caja fría y el 82% termo para vacunas. Sobre los medios de comunicación, solo dos terceras partes de los Centros de salud con camas cuentan con radio y teléfono, en los Centros de salud sin camas esta relación se reduce a la mitad y en los puestos de salud representa menos de 25%.

El transporte para casos de emergencia es posible encontrarlo en dos terceras partes de los Centros de Salud con camas y sólo en el 3% de los puestos de salud. Con relación a equipos básicos para brindar la atención materno infantil, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 identificó que únicamente el 32% de las unidades del primer nivel cuentan con esterilizador de equipos y materiales, sólo el 2,6% tienen equipo de inserción de DIU, 4,9% equipo para la atención del parto, 10.2% de equipos de cirugía menor y solo el 5% cuenta con equipo para administración apropiada de sueros orales.

Con respecto a los servicios de laboratorio, es difícil encontrar un laboratorio completo que tenga los equipos básicos necesarios para una labor de calidad. Lo anterior evidencia que el equipamiento para el primer nivel de atención es insuficiente para las necesidades del proceso de atención, a pesar de las inversiones que se han realizado en los últimos años. A las debilidades señaladas para los servicios de laboratorio se deben agregar las limitaciones en otros medios diagnósticos complementarios como radiología y ultrasonografía. La tendencia es hacia el deterioro y al vencimiento de la vida útil de los recursos tecnológicos, limitado por la escasez de financiamiento necesario para su adecuado mantenimiento.

En el ámbito hospitalario, se estima que existen 7,705 equipos de los cuales el 73% funciona normalmente, el 9% de forma irregular y el 18% está inactivo. Existen debilidades en lo que respecta a los medios diagnósticos de laboratorio, radiología y equipos de gabinete. Los hospitales cuentan con personal contratado para el proceso de mantenimiento, sin embargo, apenas el 20% de este personal tiene una calificación apropiada para realizarlo de forma adecuada. En el campo quirúrgico se tiene limitaciones para completar los equipos de anestesia, quirúrgicos para servicios como neurocirugía, traumatología, urología, etc.

En el sector privado, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 identificó que con relación a equipos básicos para brindar atención primaria, sólo el 38% de los establecimientos tienen refrigeradora, el 6,9% tienen caja fría, el 34% cuenta con termo para vacunas, el 9% tienen radio, el 87% cuenta con teléfono y el 33% cuentan con medios de transporte para situaciones de emergencia. No se tienen detalles sobre el desarrollo tecnológico de los hospitales privados y las inversiones que se vienen haciendo en este tipo de servicios.

2.3.5. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

La Ley General de Salud y su Reglamento manda la implementación del Sistema de Garantía de Calidad integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario a menor costo y menor riesgo. Está compuesto por: habilitación y acreditación de establecimientos, auditorias de la calidad de la atención médica, regulación del ejercicio profesional y los tribunales bioéticos.

Las Auditorias Médicas son de carácter preventivo y correctivo, incluyen las evaluaciones sistemáticas de los expedientes y abordajes clínicos; cuyo objetivo principal es el mejoramiento de la Calidad de la Atención. A medida que se incrementen estas acciones preventivas, el componente correctivo de las auditorias tenderá a disminuir.

Se han definido instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación en las distintas áreas programáticas, que son aplicadas en los niveles locales y que orientan la aplicación de medidas oportunas para mejorar los resultados. Entre esos instrumentos se encuentran: Manual de Monitoreo, Supervisión y Evaluación de Atención Integral a la Niñez, Disposiciones para el Seguimiento de Inasistentes a la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido, Guías de Monitoreo de Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, Cuadro de Mando de Hospitales, Estándares de Calidad de Atención en el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, etc.

En los diferentes establecimientos de salud se realizan Encuestas de Satisfacción de los Usuarios Externos, con periodicidad semestral. La aplicación de las encuestas sigue una metodología definida en el Manual para valorar la satisfacción de usuarios/as externos/as en las unidades de salud, desde su aplicación, análisis y toma de decisiones, las cuáles son tomadas con participación de la comunidad.

También se han definido otros mecanismos como la instalación de un Buzón de Quejas y Sugerencias y más recientemente, la creación de una oficina de Gestión de Quejas en las unidades de salud que esté accesible a la población.

Para algunos estándares, como los de Recursos Humanos capacitados, que hacen parte del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos basado en las necesidades de formación y capacitación para mejorar la calidad de la atención a la población, se ha aplicado la Metodología de Evaluación del Desempeño, cuyo gestor principal es el área de Desarrollo de Recursos Humanos. La periodicidad en la aplicación de los instrumentos de evaluación del desempeño oscila entre tres a seis meses; cabe señalar que cada instrumento orienta el tiempo en que deben ser aplicados.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones / Organizaciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y fiscalización			
Gobierno central	x		x	x	
Ministerio de Salud	x	x		x	x
Ministerio de justicia		x			
Fuerzas Armadas					x
Instituciones de seguro Social			x		
Gobierno regional (provincial, departamental)			x		
Gobierno local (distrito, municipio, etc.)			x		
Aseguradoras privadas sin lucro					x
Aseguradoras privadas con lucro					x
Proveedores privados sin lucro					x
Proveedores privados con lucro					x

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

Desde 1991, el país desarrolla un proceso de reforma sanitaria, el cual ha tenido hitos importantes como la promulgación de la Ley General de Salud (2002), su Reglamento (2003), la definición de la Política Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Nacional de Salud 2004-2015.

El análisis de la situación de salud realizado por el MINSA en 2003 como sustento de la política y el plan de salud evidencia inequidades en el acceso y financiamiento de los servicios de salud, una situación de salud caracterizada por enormes inequidades en detrimento de los más pobres y aislados, un sector salud desarticulado, sub financiado, implementando un modelo de atención que no se ajusta a las necesidades crecientes de la población.

Para implementar el Plan Nacional de Salud, el sistema de salud definió conceptualmente un nuevo modelo de atención, en correspondencia con sus objetivos de equidad en salud. El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) ha sido definido legalmente como "el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense". (Reglamento de Ley General de Salud, Artículo 38). La implementación del MAIS no se llevó a la práctica.

De acuerdo con las Políticas de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se ha diseñado un Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que recoge los lineamientos de restitución a los ciudadanos de su derecho a la salud.

3.1. EFECTO SOBRE LAS "FUNCIONES DEL SISTEMA 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 de 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[8] 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".

8 Desde el 2007 se interrumpió la venta de servicios al público. Todos los servicios del MINSA son gratuitos, incluido los medicamentos.

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 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 (SILAIS, 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 el desarrollo de una contabilidad de costos que permita vislumbrar mejor el retorno de los recursos gastados a lo largo de la red, 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 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 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 caber 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 inflexible.

- **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 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.

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.

- **Aseguramiento**

En Nicaragua se realizó un plan específico para aumentar las coberturas de los servicios de salud en los sectores más pobres del país, con énfasis en la zona rural a través del Proyecto del Fondo Social Suplementario. En él se incluyen inmunizaciones, control de cáncer cérvico-uterino, control de la malaria y dengue, garantía de asignación de enfermeras a las zonas rurales y acceso gratuito a medicamentos. Estas prestaciones se definieron con la participación de las direcciones específicas del Ministerio de Salud (MINSA), estableciendo criterios de prioridad según el estado de salud de la población, los niveles de pobreza, la accesibilidad a los servicios de salud, y la disponibilidad de recursos humanos en salud.

3.2. EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS”

3.2.1. EQUIDAD

3.2.1.1. Cobertura

El Gobierno nicaragüense es el principal proveedor de la atención de salud preventiva en el país. Este ha operado a través de una cadena de varios centros y puestos de salud distribuidos a lo largo del territorio nicaragüense. Apoyando a esta red de establecimientos de atención primaria, se encuentra un conjunto de programas para la provisión de salud básica, los cuales son financiados por diversos organismos de cooperación externa -comúnmente ONG’s. Estas ONG’s implementaron un proyecto de reforma para realizar actividades que mejoren la salud materno-infantil en zonas rurales.

El objetivo general de la reforma es reducir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años y de las mujeres en edad reproductiva, a través del fortalecimiento de la capacidad local de provisión de servicios del Ministerio de Salud y de los miembros de las comunidades que tradicionalmente prestan servicios de salud, como parteras y voluntarios, y principalmente de las mujeres sobre la responsabilidad que tienen en las decisiones del mantenimiento de la salud familiar. Estas intervenciones se basan en el Programa Integral para Niños y de la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia del Ministerio de Salud de Nicaragua. Otra forma de mejoramiento de la cobertura en salud que se impulsan en la mayoría de SILAIS son las brigadas médicas móviles o salidas integrales las cuales se han venido realizando desde hace más de una década, en las cuales se organiza una brigada de trabajadores de la salud para visitar territorios de difícil acceso.

Hasta 2006 se pretendió incrementar la cobertura a través de Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que previa la atención a las personas en sus diferentes períodos de la vida: niñez, adolescencia, juventud, adultos, tercera edad. Este modelo está contemplado en la ley general de salud, sin embargo no fue implementado. El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha diseñado un nuevo Modelo de salud Familiar y Comunitario que actualmente se encuentra en fase de capacitación del personal de salud en los diferentes niveles de atención y preparativos generales para su implementación.

3.2.2. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación de la ciudadanía en la gestión pública es un derecho constitucional contemplado en los artos. 50 y 51 de la Constitución, los cuales establecen que todos los ciudadanos tienen derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal. El arto. 59 expresa que “corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma”.

En el contexto de la reforma del sistema de salud en Nicaragua, se definieron dos tipos de participación: social y comunitaria. La participación social se entendía como el incremento del papel de los diversos agentes sociales en la mejora de la salud de la población. Para ello, se crearon comisiones multisectoriales en las que participaban sectores relacionados con la salud (p. ej., alcaldías, Ministerio de Acción Social y Ministerio de Salud) y los consejos de salud (municipal y nacional) en los que participaban empresarios, movimiento comunal, sindicatos, ONG, sociedades jurídicas, la Iglesia, etc.

La participación ciudadana en la gestión del sector es uno de los procesos que vienen consolidándose en el ámbito nacional a través del Consejo Nacional de Salud pero con mayor énfasis en los niveles locales. En los SILAIS se han conformado los Consejos de Salud con un grado diverso de participación ciudadana (de acuerdo a las características de cada departamento o Región Autónoma del Atlántico) y además se cuenta con la participación de las delegaciones de las distintas instituciones gubernamentales de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud.

En los municipios es donde se observa un mayor desarrollo de los Consejos de Salud y existen en el país buenas experiencias de un verdadero soporte de la participación ciudadana en la gestión del sector. En las zonas rurales estos procesos están articulados en los Comités de Desarrollo Comunitario, los que en general están orientados a suplir las necesidades básicas de la población (agua, letrinización, energía, etc.) y que muestran distintos grados de autogestión de dichos proyectos. Estas acciones se realizan en estrecha coordinación con los gobiernos locales, a través de la figura de los alcalditos que sirven de intermediarios ante las municipalidades y las agencias de cooperación gubernamentales y las ONG. Estas redes sociales fueron un soporte muy valioso durante la emergencia provocada por el huracán Mitch.

A partir del año 2007, con el cambio de gobierno, se viene impulsando la “Gobernabilidad Democrática” lo que implica construcción de una ciudadanía activa. A través de esta, se pretende impulsar procesos profundos de cambio en la sociedad partiendo de la toma de conciencia de su capacidad de ejercer el poder y el impulso de valores éticos y morales que lleven al desarrollo humano integral.

La Gobernabilidad Democrática, es un modelo de democracia directa donde la población participa en la toma de decisiones, gestión y evaluación de las políticas de gobierno a través de la consulta con los diferentes gremios: la pequeña y mediana industria, los pequeños y medianos productores, la organización de los cafetaleros, los grandes empresarios, los actores políticos y la sociedad civil por medio de los Consejos y Gabinetes territoriales y los Gabinetes Sectoriales del Poder Ciudadano.

Este modelo de democracia directa, plantea la participación de la población en el proceso de planificación e implementación de políticas públicas, a demás de participar en la vigilancia y fiscalización de los presupuestos locales y nacionales, así como de la eficiencia y honradez de los funcionarios públicos. Este derecho se ejerce desde instrumentos legales, como la implementación de la ley al acceso a la información pública, donde el Estado está comprometido a su estricto cumplimiento.

3.3. ANÁLISIS DE LOS ACTORES

ACTORES Y SUS INTERVENCIONES

Instituciones	Objetivos / Funciones
MIFAMILA, INSS, Cooperación Internacional y Ejercito Nacional.	Disminuir la brecha de acceso a los servicios esenciales de salud para la población pobre o en extrema pobreza, especialmente en los grupos vulnerables como las mujeres en edad fértil, la niñez y adolescentes, de zonas rurales con difícil acceso.
FISE, Alcaldías y Cooperación Internacional.	Concentrar recursos financieros en la ejecución de un programa nacional de inversiones de mantenimiento y ampliación de la infraestructura de las unidades de salud, así como la modernización de su equipamiento. Capacitar personal en el manejo del equipamiento incorporado a los servicios de salud.
Alcaldías, MARENA, INIFOM, FISE, ONG's y Comunidades.	Vigilancia continua de la disposición final de los desechos líquidos y sólidos de los hogares, así como de contaminantes industriales en todos los municipios.
MARENA, Alcaldías, ONG's y Comunidades.	Protección del recurso hídrico, control y prevención de la contaminación biológica, química y física, con la participación comunitaria, de las alcaldías, interinstitucional e intersectorial.
SINAPRED con MINSA, Defensa Civil, MECD, MIFAMILIA, Alcaldías, ONGs y comunidades.	Fortalecimiento de las instancias sectoriales para la prevención, mitigación y atención a los desastres nacionales, fomentando la participación comunitaria, municipal, interinstitucional e intersectorial, en el marco de la Ley 337 y su reglamento.
SINAPRED, FISE, ENACAL MIFAMILIA, Alcaldías, ONG's y Comunidades.	Protección y seguridad de la infraestructura sanitaria en situaciones de desastres.
INSS, MIGOB, Ejército Nacional, Universidades y Cooperación Internacional.	Desarrollo del liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud a través de la capacitación en temas ligados a la conducción, capacidad de negociación, en equipo, etc.
MHCP, SECEP y Cancillería.	Diseñar e implementar un proceso de monitoreo de la ejecución de los fondos externos.
INEC, Banco Central, INIM, ONG's e Instituciones del Sector Salud.	Desarrollo de capacidades institucionales en el MINSA para la función de compra de servicios para el MINSA y su fortalecimiento en el INSS. Desarrollo de las cuentas nacionales en salud con participación intra e inter sectorial con desagregación por género y departamentos.
SECEP y Cooperación Internacional.	Desarrollo e incorporación de los conocimientos e investigaciones sobre los avances científicos y tecnológicos de forma apropiada conforme las necesidades del país y la transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local.

BIBLIOGRAFIA

- Sistema de las Naciones Unidas. Nicaragua. “Valoración Común de País”. Managua, 2 de febrero 2007
- PNUD. “Escenario de inversión social para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y las metas nacionales de desarrollo en Nicaragua 2000-2015”. Managua. 2007.
- INIDE. “Mapa de Pobreza”. Managua. 2006
- MINSA. “Síntesis de entrega ordenada de gobierno 2002 “ 2006 según guía de la contraloría general de la república”. Managua. 2006
- INIDE. “Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud”. Managua. 1998, 2001, 2006/07
- INIDE. “Encuesta Nacional de Hogares Sobre Medición de Nivel de Vida”. 1993, 2001, 2005
- INIDE. “Censo de Población y Vivienda “”. 1995, 2005.
- UNICEF. (2005). Salud Materna e Infantil en Nicaragua (Borrador). Managua, Nicaragua.
- SETEC. “Plan Nacional de Desarrollo”. Nicaragua. 2001
- SETEC. “Estrategia de Reducción de la Pobreza”. Nicaragua. 1998
- SETEC. “Plan Nacional de Desarrollo Humano”. Nicaragua. 2008
- OSS “Medición del desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública FESP ejercidas por la autoridad sanitaria en Nicaragua, países de Centroamérica y en la República Dominicana”. Mayo 2001.
- UNICEF. (2005). Salud Materna e Infantil en Nicaragua (Borrador). Managua, Nicaragua.
- Adolfo Rodríguez Herrera.”La reforma de salud en Nicaragua”. CEPAL. 2006
- CEPAL. Documento de proyecto. Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica. 2006.
- MINSA “Cuentas Nacionales en Salud”. 1996 a 2004

Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP)

Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Organización Mundial de la Salud