

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "CARLOS FONSECA AMADOR"
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA**



TEMA:

**Asignación de recursos financieros en los servicios de salud
pública, en el periodo 2011-2015**

**Trabajo Monográfica para optar al título de licenciatura en
economía**

Realizado por:

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Tutor Msc: Francisco José Sequeira

Managua, junio del año 2017

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo:

A Dios primeramente por ser nuestro Padre, por levantarme las veces que caí y recibirme con los brazos abiertos cada vez que volví a ti. También por ser nuestro amigo fiel, nuestro amor, y darnos tantas bendiciones y llenarnos de tu espíritu de sabiduría e inteligencia que me permitió poder finalizar este trabajo.

A mis padres que en paz descansen, primeramente, por regalarme el precioso don de la vida y renunciar a muchas cosas por mí, ya que sus deseos era que yo fuera algo en esta vida, ya que ellos no pudieron.

A mi propio esfuerzo y perseverancia de culminar mi carrera.

Ivania Maltez Miranda.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme el don de la vida, por ser luz en mí andar y enseñarme el camino de la vida e infundir en el don de sabiduría y entendimiento, colmándome de bendiciones cada día.

A mis padres, por ser pilares de mi educación y siempre brindarme el apoyo que necesite para poder continuar con los propósitos que nos hemos planteado en nuestras vidas.

A mis maestros por formarme con su experiencia y conocimientos en la búsqueda continua de la verdad y la justicia.

Especialmente a nuestro tutor Msc: Francisco José Sequeira, por su paciencia y consejos y sobre todo por darme ánimos en los momentos difíciles para terminar esta tesis.

Al Doctor. Ricardo Canales por estar siempre dispuesto a ayudarnos cuando lo buscábamos en alguna duda de nuestro trabajo. A mi amiga Gaby por todo su apoyo incondicional en este trabajo monográfico.

Ivania Maltez Miranda.

DEDICATORIA

Dedico este logro primeramente a Dios por permitirme levantarme todos los días con fuerza, sabiduría y mucho positivismo para poder hacer posible todas mis metas.

A mis padres por todo el amor, apoyo brindado y el esfuerzo de cada día para poder salir adelante todos los días.

Claudia López Ruiz

AGRADECIMIENTO

Antes que nada, deseo agradecer a DIOS por permitirme cumplir esta meta, y brindarme la sabiduría necesaria para el logro de la misma, por darme la dicha de sentirme realizada como profesional.

En especial a mis padres Marco Antonio Pérez y Digna Isabel López por todo su apoyo incondicional. Por darme la dicha de terminar mis estudios.

A todos mis maestros y en especial a nuestro tutor Msc. Francisco Sequeira y al Doctor Ricardo Canales.

A mi amiga Ana Martínez por todo su apoyo brindado.

Claudia López Ruiz

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: ASPECTOS METODOLOGICOS	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Antecedentes	8
1.3 Justificación.....	15
1.4 Objetivos	16
1.5 Marco Teórico	17
1.6 Hipótesis	29
1.7 Material y método.....	30
CAPITULO II: CONTEXTO DEL SISTEMA SALUD	34
2.1 Situación General del Estado de la Salud en Nicaragua.....	34
2.2 El Gasto en Salud en Nicaragua	37
2.3 Cuánto gasta en salud Nicaragua	40
2.4 Quien paga por la salud en Nicaragua	40
2.5 Recursos.....	43
2.6 Asignaciones presupuestarias al MINSA	44
2.7 Cumplimiento de objetivos del desarrollo del milenio en temas de salud.	46
2.8 Determinantes del Servicio de Salud Pública	51
2.8.1 Determinantes Políticos	54
2.8.2 Determinantes Económicos	59
2.8.3 Determinantes Sociales	61
CAPITULO III. FINANCIAMIENTO AL SECTOR SALUD 2011-2015.....	64
3.1 Financiamiento a la promoción de la salud y prevención de enfermedades	66
3.3. Financiamiento a la atención de salud hospitalaria.....	76
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	83
A N E X O S	86
BIOGRAFIA.....	90

S I G L A S

MINSA: Ministerio de Salud
MOSAF: Modelo de Salud Familiar y Comunitario
SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
GRUN: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
ENACAL: Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados.
PNDH: Plan Nacional de Desarrollo Humano
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
BID: Banco Interamericano de la Salud
PGR: Programa General de la Republica
MIGOB. Ministerio de Gobernación
MIDDEF: Ministerio de Defensa
INSS: Instituto Nicaragüense de Seguro Social
Hospital Militar y/o PAME: Hospital Militar o Programa de Atención Médica Especializada,
OPS: Organización Panamericana de la Salud
EM: Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM).
IVM: Invalidez, Vejez y Muerte
RP: Riesgo Profesionales
UNAN-León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
UNAN – Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua
EMP: Empresas Médicas Provisionales
CMP: Clínicas Médicas Provisionales
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PNS: Política Nacional de Salud
IPS: Instituto Politécnico de Salud
MARENA: Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales
INAA: Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados
INETER: Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales
FISE: Fondo Social de Servicios para Emergencias
ANA: Comisión Nacional del Agua
SINIA: Sistema de Información Nacional Ambiental
ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
BCN: Banco Central de Nicaragua
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ISSP: Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud
MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud
MAGFOR: Ministerio de Agricultura, Gana

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

INTRODUCCION

La presente investigación se refiere al tema de asignación presupuestaria al sector de salud pública, el que es administrado, en el caso de Nicaragua por el Ministerio de Salud (MINSa), cuya entidad dentro del marco de sus competencias: formula, adopta, dirige, coordina, ejecuta y evalúa las políticas en materia de salud pública.

El tema de estudio muestra que el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) trabaja junto al pueblo la construcción de la Nicaragua del nuevo MILENIO, con un claro sentido de resolver conjuntamente los problemas que históricamente ha padecido el pueblo nicaragüense en la salud, como es la erradicación de enfermedades y epidemias a través de la educación en salud.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas: las que estarán explicadas por los determinantes que explican el Servicio General de Salud en Nicaragua que son de orden económico, político, social y ambiental.

Nuestro interés es dar a conocer las políticas y objetivos del gobierno que están encaminadas en la erradicación de la pobreza del país a través de la educación en salud, haciendo llegar salud con calidad y calidez a todos los sectores con igualdad y de manera universal, sin embargo persiste la desigualdad y por consiguiente el nivel de pobreza; como es el analfabetismo, desempleo, viviendas indignas, todos estos causantes llevan a la búsqueda científica del nuevo modelo de salud en Nicaragua que viene a sacar a las mayorías nicaragüenses de la desesperanza, por ello se ha formulado el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), que contiene un nuevo enfoque en la lucha contra el hambre y la pobreza, que en su esencia busca capitalizar las capacidad de la población, también los lineamiento y objetivos del MILENIO.

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López



Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

El trabajo es de carácter académico para que próximos estudiantes enfaticen en este estudio y busquen mas alternativas científicas para una mejor distribución y ejecución del presupuesto con el objetivo de maximizar las asignaciones y potencializar al personal capacitándolos; esta acción conllevaría que los objetivos y políticas del gobierno se ejecuten de manera eficaz y eficiente de manera que los recursos financieros sean una inversión en salud y no un gasto.

La metodología a usarse en este trabajo es en la recopilación de material secundario y de material primario de las instituciones que apoyan la evolución y desarrollo tanto nacional como internacional de este tema en salud, sin embargo presentamos limitantes de factor tiempo y económico, además de la información incompleta que no esta actualizada, buscamos alternativas para completar el trabajo.

El trabajo de investigación se llevará a cabo mediante tres capítulos a través de los cual se desarrollara el contenido del trabajo de estudio de la monografía, cabe mencionarlos: el capítulo I se abordará los aspectos metodológicos del tema de estudio donde se plantea el problema, los objetivos, la hipótesis, etc.; en el II se abordara sobre el estado de la salud de los nicaragüenses, analizando los determinantes que afectan de manera negativa y positiva, en el capítulo III se dará a conocer el financiamiento presupuestario a los programas de salud.

CAPITULO I: ASPECTOS METODOLOGICOS

1.1 Planteamiento del problema

El Ministerio de Salud, (MINSa) es el principal prestador de servicios médicos en el país y la entidad rectora del sector en Nicaragua, brinda atención médica a través de los centros de salud, puestos de salud y hospitales. Cuenta con programas especiales como: a) Plan Nacional del Adulto Mayor, b) Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF).

Las políticas de salud se basan en el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH) en el que se establecen tres lineamientos para el sector salud; i) garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad, ii) desarrollar una cultura nacional de promoción y protección de la salud, iii) profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.

El Presupuesto del Ministerio de Salud (MINSa) debe ser asignado a cada SILAIS de forma diferenciada, proporcionando una asignación per-cápita en las zonas de poco desarrollo económico. De esta manera el presupuesto se constituye en un mecanismo de distribución del producto social del país.

Antes de los años ochenta el sistema de salud se caracterizaba por una mayor participación del sector privado y en la década de los ochenta se establece el "Sistema Único de Salud" (incorporando a ella el Instituto nicaragüense de seguridad social (INSS) donde el estado asume la responsabilidad de dar atención en salud a la población. En los años noventa se da una descentralización del servicio de salud y nuevamente el sector privado resurge por medio de las Empresas Medicas Previsionales.¹

¹ Msc. Ricardo José Canales Salinas, Tesis Doctoral; Eficacia y Eficiencia del Gasto en Salud.2016.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Los determinantes sociales tales como los socioeconómicos y los fenómenos ambientales son factores que aumenten el gasto anual ya que inciden de manera negativa en el estado de salud de la población nicaragüense. Lo que conlleva que el Gobierno disponga de más recursos para resolver los problemas que se presenten y para que el sistema de salud pública nicaragüense dé respuesta en forma eficaz y eficiente.

Sin embargo existen, otros problemas por el que actualmente está atravesando el Ministerio de Salud que es la falta de educación en higiene, la cobertura y alcance, es decir que no logra cubrir la demanda existente a nivel nacional en todos los campos prioritario por el sistema de salud, lo que se puede observar, por ejemplo: la falta de contratación de talento humano por falta de presupuesto.

A pesar que la Red Hospitalaria de Nicaragua maneja procesos descentralizados, no ha sido capaz de abarcar la demanda existente de un problema que ha existido por más de veinte años en la historia generando una deuda social del Estado para con la población. El Ministerio de Salud es la entidad a la que siempre se le asigna mayor porcentaje presupuestario (17.4) con el mayor porcentaje del producto interno bruto (PIB)², podemos concluir que aun así en Nicaragua, uno de los principales problemas en salud han sido muchas veces los determinantes sociales como; pobreza, educación, economía, política ante estos factores se necesita mayor seguimiento a las políticas en ejecución para las mejoras de la salud pública.

² El Ministro de Hacienda y Crédito Público, Iván Acosta, presenta la asignación presupuestaria del 2017 Octubre 20, 2016 .

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Problema del sector salud de Nicaragua³:

En todos los gobiernos, desde los años 70 hasta el actual, el principal problema de la población nicaragüense fue y ha sido el acceso geográfico a los servicios de salud pública. La revolución distribuyó unidades de salud por todo el territorio, que garantizaron que todas las personas tuvieran acceso a un médico o a algún personal de salud; puesto de salud, centro de salud o a un hospital, sin embargo el traslado a un puesto aun tiene dificultad de transporte. En los siguientes gobiernos ese acceso se mantuvo con pocas variaciones. Desde los años 90 cambió el modelo, de preventivo a curativo, y el problema fundamental fue el acceso a medicamentos gratuitos.

Ése ha sido el gran problema en todos los gobiernos anteriores y el actual, a pesar de que existe gratuidad en los servicios de salud, la cual hay que celebrarla, porque con ella se cumple con los principios de justicia social, la política de gobierno y objetivo del MILENIO.

La principal diferencia entre el gobierno actual y los anteriores está en el aumento del número de consultas en el sistema público, lo cual es bueno ya que aumenta la cobertura. Pero más consultas no significan una atención de más calidad, porque no hay el personal suficiente para atención con calidad y calidez que es lo que ofrece el gobierno, los profesionales de la salud se agotan y no logran en su totalidad lograr los objetivos del gobierno y el MINSA. (Ver cuadro no. 1)

³ Tomado de Envío. Revista editada por la UCA. No. 333, diciembre 2009,

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Cuadro #1. Estadísticas de las consulta médicas

	2011	2012	2013	2014	2015
Consultas Médicas	12,395,952	12,936,102	14,209,409	14,510,527	15,092,861
Consultas Odontológicas	544174,00	581791,00	567127,00	622909,00	688794,00
Exámenes de Laboratorio	15,247,777	17,269,941	19,267,028	19,585,376	22,609,851
Placas de Rayos X	682721,00	740681,00	753948,00	728639,00	791488,00
Partos Institucionales	126367,00	130234,00			
Controles de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo al Niño (VPCD)	1,344,045	1,377,195	1,388,650	1,550,167	1,509,857

Fuente: MINSA

Al anunciar este gobierno la gratuidad total de la salud en el sistema público hay más gente llegando a los centros de salud y a los hospitales. Pero, entre más volumen de personas no sólo hay menor calidad, sino también mayor consumo de medicamentos. Y como el presupuesto para medicamentos no se ha incrementado, lo que hay es más frustración. Cualquier política pública para ser real debe ir acompañada de presupuesto. Una política eficaz es la que está soportada por recursos financieros.

Cuando se estudia la pobreza, las poblaciones se dividen en quintiles, en estratos. Todos los estudios indican que las personas que están en el quintil de menos recursos, las más pobres y con menor nivel escolar, son las que menos acuden a las unidades de salud. En cambio, las personas con más recursos y con más educación son las que más acuden. Esta situación no ha cambiado en Nicaragua, una persona con algún nivel de escolaridad cuando ve que su hijo tiene algún síntoma de enfermedad acude inmediatamente a alguna unidad de salud, mientras que quienes no tienen escolaridad no acuden.

Sin embargo a pesar de las limitantes el gobierno en conjunto con las entidades sobre todo con el MINSA ha logrado alcanzar las políticas y los objetivos del MILENIO en casi todos los primeros 8 objetivos, como son la erradicación de plagas y enfermedades poniendo en práctica las acciones con la población.

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Formulación del problema

¿Como se ejecuta la asignación de los recursos financieros en el sector salud publica de Nicaragua y cómo impacta en el desarrollo socioeconómico del país?

El impacto que proporcionara la aplicación de políticas y objetivos del gobierno y manera eficiente y eficaz será de gran beneficio para la población lo que conlleva a que la mejoría de la salud es progreso económico y social del país.

Sistematización del problema

¿Por qué la asignación del presupuesto al Ministerio de Salud es uno de los mayores gastos con respecto al PIB?

¿Cuál es la importancia por la cual se asigna mayor presupuesto al MINSA?

¿A través de que otras partidas se alimentan financieramente el MINSA para garantizar las demandas de la población?

¿Cómo está estructurado el marco legal del MINSA para ejecutar los gastos e inversión del presupuesto y otras partidas de manera transparente y eficaz?

¿De qué manera se están cumpliendo los objetivos del Milenio a través del Ministerio de Salud?

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

1.2 Antecedentes

“ Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, Presupuesto Público Federal para la función de la salud 2015, 2016, ” México D.F. Elaborado por M. en E. Tepach M. investigador parlamentario, Martha Amador Quintero Analista, diciembre 2015.

El presente documento explica cómo ha venido evolucionando el Sistema Nacional de Salud Pública en México el que está conformado por dos vertientes que atienden a poblaciones con características muy particulares: el primero es el Sistema de Seguridad Social en Salud, el que presta este servicio a la población que labora en la economía formal (sector público, privado y social), actualmente se denomina “población derechohabiente”, se conforman con instituciones que se han construido a partir de esquemas contributivos, porque se financian con cuotas aportadas por los trabajadores, los patrones y el Estado.

La otra vertiente, es el Sistema de Protección Social en Salud el que está conformado por un conjunto de instituciones y programas con rasgos asistencialistas, orientados hacia la población desempleada, que labora en la economía informal, que se encuentra en estado de pobreza, vulnerabilidad o marginación, carentes de ingresos o con ingresos tan bajos que están impedidos para contribuir en el sistema de seguridad social, conforman la denominada “población no derecho habiente” o “población abierta”; donde las instituciones y los programas asistencialistas se financian con recursos públicos obtenidos de la recaudación de los ingresos presupuestarios del Gobierno Central, los que constituyen instrumentos redistributivos por excelencia, porque buscan impedir que las familias de más bajo recursos caigan en gastos catastróficos.

El sistema fue creado en 1943 fundándose para su aplicación el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Pero para 1959 se corrige como sistema de prestación de los servicios de salud para los trabajadores al servicio del Estado al crearse el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales (ISSSTE). Ya para 1976 se creó el

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM). Valencia Lomelí (*et al*) (CEPAL) (2012) afirma que la primera experiencia de regulación del sistema de seguridad social en salud data desde 1942 a través de los contrato colectivo que PEMEX firmara como preámbulo para la creación del sistema contributivo de salud.

Desde 1973 se promovió una reforma integral a la Ley del Seguro Social que proponía extender los beneficios del régimen obligatorio, a las personas económicamente activas que se encuentran vinculadas a otras actividades por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le de origen, y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y demás trabajadores no asalariados⁴.

Concluyendo que México origina y evoluciona su sistema de salud, sus funciones más importantes que tiene la inversión pública como es la de corregir las fallas que el mercado genera en la provisión de estos servicios, haciéndolo accesible a la población que se encuentra en situación de pobreza, marginalidad o vulnerabilidad; también le permite cumplir al Estado con su tarea irrenunciable de redistribuir la riqueza, haciendo accesible los servicios a estos estratos poblacionales, e impidiendo que las familias de bajos ingresos caigan en gastos catastróficos.

El sistema de salud mexicano es de carácter obligatorio, público y privado, y a la vez bastante inclusivo.

⁴Dirección de Servicios de Investigación y Análisis “**El Presupuesto Público Federal para la FUNCIÓN SALUD, 2015-2016**”
Elaborado por: M. en E. Reyes Tépac M. Investigador Parlamentario Martha Amador Quintero Analista. **Diciembre, 2015.**

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

“ Informe de Consultoría Dr. Mauricio Dinarte M., ” Estudio sobre el Gasto Público en Salud, Honduras 2015, marco de la iniciativa de Salud Mesoamericana 2015.

El presente trabajo habla sobre el estudio de La Fundación de Bill & Melinda Gates, el Instituto de Salud de la Fundación Carlos Slim, el Gobierno de España y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han acordado asociarse para establecer la Iniciativa “Salud Mesoamérica 2015” (SM2015).

El objetivo de la Iniciativa es reducir las brechas de equidad en salud. La Iniciativa también procura respaldar los esfuerzos de los gobiernos de la región en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud.

El gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), como el gasto per-cápita en salud en Honduras es, junto a Guatemala, el más bajo de Centroamérica 3.7%. El Marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 inequidad al momento de la asignación y distribución de los recursos, concentrándose en los servicios curativos y en las zonas de mayor riqueza. El financiamiento del sector público se basa en presupuestos históricos, incentivando el gasto, en lugar de promover la productividad, la entrega de resultados y la calidad en la prestación de los servicios. Por otro lado, el Plan Nacional de Salud de Honduras 2010-2014, plantea la continuidad del proceso de reforma del sector salud, en donde se destaca el enfoque descentralizado, la gestión por resultados, que busca mejorar la eficiencia y desempeño del sistema de salud⁵.

Concluyendo que es necesario evaluar la efectividad y eficiencia del gasto público de salud en Honduras, así como la incidencia del mismo en los grupos poblacionales más desfavorecidos, que sea el punto de partida, al momento de evaluar los resultados de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

⁵Estudio de Gasto Público en Salud en Honduras, en el Marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

“ Informe sobre el Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) ” del Ministerio de Salud (MINSAL) 2007. 2da. Edición. Nicaragua.
(Dr. Guillermo González, Ministro de Salud).

Nos da a conocer que, a inicios del Siglo XX, la atención en salud era garantizada por médicos de cabecera en las principales áreas urbanas. Los hospitales eran centros de atención a indigentes, regentados por órdenes religiosas y con el apoyo filantrópico de personas pudientes de la sociedad y la colaboración profesional desinteresada de los médicos locales. Grandes grupos de población eran atendidos por agentes tradicionales como parteras, curanderos y brujos.

La Reforma al Sector de Salud, iniciada con la Ley creadora de los Ministerios de Estado en Noviembre de 1948 (creando el Ministerio de Salubridad Pública) y continuada en 1955 con la Ley de Seguridad Social, organizó a las instituciones del sector según las características de las poblaciones y el tipo de atención a ofrecer teniéndose al Ministerio de Salubridad como responsable de los aspectos de salud pública e higiene; al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social le correspondió la atención tanto ambulatoria como hospitalaria para los trabajadores afiliados al mismo y para sus beneficiarios.

Las Juntas Locales de Asistencia Social que funcionaban en cada Departamento del país, eran regentadas por una junta de notables y administrados los establecimientos por órdenes religiosas, disponiendo “servicios de pensionado”.

La medicina privada continuó con su práctica liberal. En 1979, producto de la situación deplorable encontrada especialmente en el estado de salud de la población, los elevados niveles de desnutrición y pobreza, se inicia un proceso de transformación económica social generado por la Revolución Popular Sandinista, así como transformaciones de las estructuras político institucional del país, en este marco el Gobierno de Reconstrucción Nacional creó por Decreto Ley el Sistema Nacional Único de Salud –SNUS, en 1987 como consecuencia del deterioro de la economía del país, producto del bloqueo económico y la guerra de agresión, afectó

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

la capacidad de oferta de los servicios de salud, en ese contexto se diseñaron en el Ministerio de Salud una serie de iniciativas que permitieron reestructurar el SNUS (La municipalización de servicios, en el Derecho administrativo español, es un concepto que en su acepción general se manifiesta cuando por ley se establece que actividades hasta entonces privadas pasan a tener consideración de servicio público competencia de las administraciones municipales.

También puede entenderse en su acepción puntual, que se produce cuando una administración municipal decide asumir la titularidad de una actividad económica hasta entonces privada, con el fin de gestionarla o explotarla como servicio público de manera directa o indirecta, municipalización de los servicios de salud, descentralización, etc.) Las que se plasmaron en el Plan de Salud 1988-1990.

Con los cambios ocurridos en 1990 se introdujeron elementos para realizar una tercera generación de reformas en salud en Nicaragua, entre estos se devuelve al INSS la responsabilidad de los asegurados; se establece que las responsabilidades del ministerio de salud (MINSa) son las acciones de salud pública y la atención de la población no asegurada, se abrió nuevamente el espacio en los establecimientos públicos para la oferta de los servicios privados (Servicios Diferenciados); se trasladó la formación técnica de recursos humanos a entidades formadoras, y se procedió a un ajuste organizativo, descentralización de los servicios públicos del MINSa; creándose los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

Se formulan a finales de los años 90s Políticas Nacionales de Salud, cuyos ejes centrales fueron: La Modernización del Sector Salud, el Fortalecimiento del MINSa, el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria, Las Nuevas Estrategias de Salud Pública y las Reformas de la Seguridad Social⁶.

⁶Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). MINSa: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC) 2da. Edición.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Concluyendo que después del triunfo de la revolución popular sandinista implemento el Sistema Nacional Único de Salud y conforme pasaban los años, afectados por la guerra nacional, bloqueo económico etc., este sistema no funciono, dictaron nuevas leyes y descentralizaron el sistema salud, formaron los SILAIS en todos los departamentos, los que se encargarían de mejorar la demanda en salud de la población.

En el actual Gobierno Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) quien retomo el poder en el año 2007 hecho andar nuevamente los programas planteados por el FSLN en los años 1980, y se han estado cumpliendo los objetivos del milenio y las metas en salud basado en el presupuesto asignado al MINSA.

“Organización Panamericana de la Salud (OPS), Gasto y Financiamiento de la Salud en Costa Rica”: Situación Actual, tendencias y retos, Responsable de estudio Gustavo Picado, CCSS, colaborador Edwin Acuña, Ministerio de Salud Costa Rica, Javier Santa Cruz, Asesor OPS/OMS Costa Rica Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José, C.R. OPS, 2003.

El presente estudio expresa que el Gasto Público en Salud del país de Costa Rica es una de las principales características del sistema nacional, que predomina históricamente que el Estado tiene un rol incuestionable en la gestión de actividades estratégicas vinculadas con el desarrollo social del país a través de la salud.

Costa Rica ha logrado los progresos e indicadores en materia de salud, con los que cuenta en la actualidad, porque los recursos de tipo público destinados a la atención de la salud, provienen mayoritariamente de las contribuciones aportadas a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y no de impuestos generales o específicos recaudados por el Gobierno. Esta condición permitió que el gasto público en salud creciera.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

La salud durante décadas ha ocupado un lugar importante en las políticas gubernamentales costarricenses, lo cual se evidencia mediante la cobertura de alrededor de un 90% de la población con el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM); alrededor de un 45% de la población nacional tiene acceso a los servicios de atención integral, con énfasis en prevención, mediante Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Se cuenta con una red importante de establecimientos de salud y un equipo humano que cubre las diferentes especialidades⁷, sostiene la tesis de que la salud es una forma de capital humano, por lo que un mejor nivel de salud pública se traduce en mayor productividad individual y mayores posibilidades de crecimiento económico para un país.⁸.

Podemos concluir que el país de Costa Rica aun con la mejor calidad de salud de la población, se preocupa por la evaluación y ejecución del presupuesto en salud para no descuidar la economía general del país ya que la salud del elemento humano es indispensable, basándose en que el ser humano es el capital para su propio progreso.

⁷ Ministerios de la Presidencia y Planificación. Capital humano. MIDEPLAN. 2010

⁸ Organización Panamericana de la Salud Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. — San José, C.R.: OPS, 2003. 44 p.; 28 cm.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

1.3 Justificación

Uno de los aspectos más importantes dentro de un país es la salud de sus habitantes con el objetivo a mejorar todos sus factores que elevan su bienestar económica y calidad de vida de los nicaragüenses, entre el que hay que destacar el crecimiento económico a medida que la salud mejore, el que se ve estimulado si lo asociamos de cómo la sociedad estudie, y haga todas las actividades que permiten alcanzarlos. De ahí surge la necesidad de analizar la asignación presupuestaria destinada al sector de salud pública de Nicaragua, el que se describe en los programas y estrategias que tiene el gobierno de reconciliación y unidad nacional (GRUN) a través del Ministerio de Salud (MINSa).

La investigación será beneficiosa para los futuros estudiantes como documento de investigación que buscan información sobre la asignación del recursos financiero en los servicios de salud pública que el Estado ha concedido al MINSa como a todos los profesionales que trabajan en el ramo de la salud; también tiene una gran importancia para la sociedad porque de esta manera le servirá de referencia para valorar si se está haciendo una suficiente inversión o si cabe analizar una mayor inversión en infraestructura y equipamiento por la calidad que esta representa para la población entre la que hay que destacar la provisión de infraestructura física y social a través de la Inversión Pública y el gasto de bienes y servicios en salud, lo que le va a permitir mejorar la productividad en el sector público a través de una utilización eficiente de los recursos.

El impacto que proporcionara la aplicación de políticas y objetivos del gobierno y manera eficiente y eficaz será de gran beneficio para la población lo que conlleva a que la mejoría de la salud es progreso económico y social del país.

Por lo tanto analizar las estrategias y objetivos del MILENIO y el nivel de ejecución de los mismos se hace con el fin de dar a conocer los efectos económicos y sociales a la sociedad en general y es imperativo. La inversión en Salud debe de verse y considerarse como una forma de favorecer el crecimiento económico de un país ya

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

que este tiene un impacto sobre el desarrollo a través de diversos canales por lo que la inversión tiene efectos beneficiosos sobre el desarrollo social.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Analizar la asignación de los recursos financieros al servicio del Sector Salud Publica de Nicaragua, en el periodo 2011-2015.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Caracterizar el estado de la salud en Nicaragua en el período 2011 – 2015.
2. Exponer la financiación al Programa de Promoción y Prevención de Enfermedades.
3. Describir la financiación al Programa de Atención Integral del Primer Nivel de Atención como modelo de salud familiar y comunitaria.
4. Detallar la financiación al Programa de la Atención Hospitalaria a nivel nacional.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

1.5 Marco Teórico

Concepto de Presupuesto Público

Hablar del Presupuesto General de la Republica es hablar de las políticas fiscales del gobierno, que regulan el crecimiento económico del país, las políticas fiscales son restrictivas y expansivas para mantener equilibrada y estabilizada la economía del país.

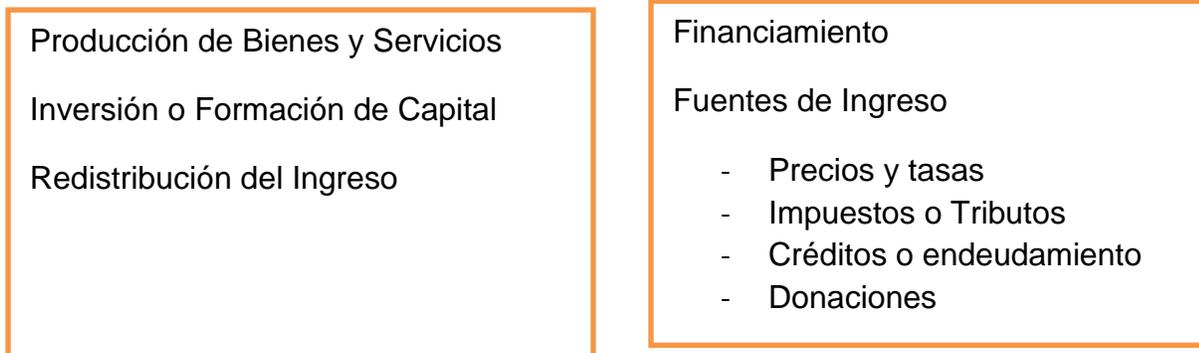
El concepto de presupuesto es utilizado en relación con el gobierno o las entidades y autoridades del sector público, comprende una estimación o cálculo anticipado hecho antes de empezar un periodo de un año, los ingresos o entradas y de los gastos o egresos ya que los ingresos se proyectan como gastos.

Las expresiones más usadas son presupuesto fiscal, presupuesto de ingresos y gastos del gobierno entre otros. Existe un presupuesto del gobierno central más completo y amplio que es el presupuesto del sector público y entidades descentralizadas.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Actividades Económicas y Presupuesto del Sector Publico

ACTIVIDADES



Regulación de las Actividades Económicas del Sector Publico



La suma de los ingresos es igual a la suma de los gastos

DEFICIT

La suma de los gastos es mayor a la suma de los ingresos

SUPERHABIT

La suma de los ingresos es mayor a la suma de los gastos

Fuente: Elaboración propio en base a la tesis "La crisis fiscal del estado" James O'connor, ediciones península, 1981.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Descripción del Balance Fiscal:

Balance Fiscal

El balance fiscal es un instrumento contable oficial que registra pormenorizadamente los resultados cuantitativos de las actividades realizadas por el sector público o gubernamental. A través de este, el estado ejecuta acciones productivas de administración y aplicación de las medidas de política económica. Estas actividades las desarrollan por medio de las empresas, entidades y reparticiones u oficinas especializadas que en conjunto configuran el denominado sector público, el cual produce, invierte, financia, redistribuye y regula.

El balance fiscal se utiliza para identificar el presupuesto fiscal realizado, es decir que es el registro de lo realmente ejecutado de ese presupuesto en un periodo establecido que es generalmente de un año. Al igual que el presupuesto el balance fiscal se puede presentar de distintas formas en función de los fines que se persigan, sin embargo al margen de estas formas, son 3 las partes fundamentales de balance:

- a) Ingresos
- b) Gastos
- c) Déficit o superávit y su financiamiento.

Los ingresos; son las entradas monetarias del estado llamadas también ingreso corriente u ordinario, el que se identifica con los recursos que proporcionan los impuestos, tarifas y rentas que se obtienen de las inversiones y bienes públicos, los impuestos son directos (gravámenes obligatorios) e indirectos (por compra/venta).

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Los Gastos

En el balance fiscal los gastos tradicionalmente se clasifican en gasto corriente, gasto de capital, gasto de transferencia y gastos financieros, aunque estas denominaciones cambien de un país a otro.

El Estado visualiza a través del Balance Fiscal la economía del país e interviene en esta afectando todas las dimensiones; políticas, económicas y social buscando el equilibrio del país.

III Financiamiento (externo, interno).

El Presupuesto Público es el Plan Gastos de Inversiones y acreditación que tiene el Estado. En otras palabras, es lo que va a gastar el gobierno incluido gastos de funcionamiento, pago de deuda externa e interna. Se diseña con anticipación y es presentado por el Ministro de Hacienda a la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República para su análisis y aprobación.

El Presupuesto Nacional, presupuestos del Estado o presupuestos generales de los poderes públicos, es el documento financiero del Estado u otro poder de la administración pública, que equilibra ingresos públicos y gasto público en el año fiscal. El presupuesto constituye la expresión cifrada, conjunta y sistemática de las obligaciones (gastos) que, como máximo pueden reconocer y los derechos (ingresos) que prevean liquidar durante el correspondiente ejercicio (anual).

La aprobación de los presupuestos constituye una de las atribuciones básicas del congreso o parlamento de un país, mediante la correspondiente Ley de presupuestos; que es una norma legal, contemplada en diversos ordenamientos

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

jurídicos dictada por este órgano a finales de año (generalmente los últimos días de diciembre) que regula todo lo concerniente a los presupuestos para el año siguiente. Esta ley incluye la relación de gastos que puede ejercer el Estado y los ingresos que éste debe alcanzar en el próximo año. Además, es una ley de naturaleza mixta puesto que su función es legislativa pero también de control.

Concepto de Gasto

Se entienden por gastos al conjunto de erogaciones, generalmente dinerarias que realiza el Estado para cumplir con sus fines, es decir, satisfacer las necesidades de la sociedad. Por el contrario, los recursos son el grupo de ingresos que tiene el Estado, preferentemente dinero para la atención de las erogaciones determinadas por las exigencias administrativas o de índole económico-social. Para obtener estos recursos el Estado establece leyes tributarias que deben estar acordes a lo que garantiza la Constitución del país.

La política fiscal⁹

La obtención de ingresos, la ejecución de gastos, el financiamiento para cubrir déficit y la inversión de excedentes de liquidez, constituyen el proceso de trabajo que hemos denominado administración financiera pública. La política gubernamental que orienta este proceso es reconocida como la política fiscal que se integra estrechamente con otras políticas gubernamentales, como la monetaria y la cambiaria, todas ellas englobadas en el concepto de política económica del Gobierno. La articulación de estas políticas, sus impactos en el crecimiento y la estabilidad macroeconómicos, los modelos que inspiran la fijación de objetivos y metas para el conjunto y cada una de ellas, etc., conforman el objeto de estudio y trabajo de los economistas y de los organismos de gobierno responsables de la gerencia económica del Estado y, obviamente tales temas no son materia de análisis en este documento. Sin embargo, a diferencia de la administración financiera privada que solo debe responder a los objetivos organizacionales, la administración financiera pública debe servir eficientemente y en forma simultánea a dos señores o

⁹ Paredes, Fabricio.. El presupuesto público. "Aspectos teóricos y prácticos", Primera edición, 2006, Edición G, Universidad de Los Andes. Vicerrectorado Académico,Codepre,

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

amos: a los objetivos institucionales, de un lado, y a las metas de la política fiscal, del otro.

Importancia

El Presupuesto Nacional tiene efectos directos sobre la vida de la mayoría de la población nicaragüense, en él se determinan dos aspectos económicos nacionales esenciales:

- La forma en que se van a captar los ingresos nacionales, de los cuales una parte mayoritaria proviene de los ingresos de la población a través de los impuestos; otra procede del endeudamiento que al final también afecta a la población por el aporte que en forma de impuesto hace a la deuda contraída.
- La forma en que se han estructurado los gastos nacionales, indicando la proporción que se destina a promover la producción, a incrementar los servicios públicos de salud, de educación, a incrementos del gasto en construcción de viviendas e infraestructura básica, entre otros. Por medio del presupuesto el Estado puede redistribuir la riqueza, aportando así al bienestar de todos y todas las nicaragüenses, al transferir recursos por medio del gasto social, de los ciudadanos de mayores ingresos a los ciudadanos con más necesidades. Por ello, la interpretación y el análisis del PGR es indispensable para conocer cómo el Estado está cumpliendo o no con la redistribución del ingreso a través del gasto social. Asimismo, la forma en que se está apoyando a la producción y otros aspectos, a fin de incidir oportunamente para que el Estado cumpla en aquellos aspectos en los cuales esté fallando. Además, las personas con menos recursos son las que necesitan más de los gastos sociales del Estado. Por lo general son las que menos fuerza tienen para incidir en las políticas presupuestarias, de ahí la necesidad urgente de la intervención de los organismos de la sociedad civil para lograr esa incidencia que beneficiaría a este estrato de la población.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Marco Conceptual

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948

Natalidad: Tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de reproducción o tasa de natalidad, en demografía, sociología y geografía de la población, es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto periodo y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. Representa el número de individuos de una población que nacen vivos por unidad de tiempo.

Mortalidad: El termino Mortalidad se refiere en parte a la calidad de mortal; es decir, de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte, todo lo contrario a la vida.

La mortalidad en el ámbito demográfico, es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas durante un tiempo determinado, por lo general un (1) año, y la población total de una entidad geográfica cualquiera.

El fenómeno de la mortalidad se expresa a través de la tasa o índice de mortalidad, la cual puede definirse como el número de muertos por cada mil habitantes en relación con la población total a lo largo de un periodo establecido. Se suele expresar en tanto por ciento o tanto por mil.

Morbilidad: es la proporción de seres vivos que se enferman en un sitio y tiempo determinado.¹ Minoritariamente también se usa como sinónimo morbilidad, que etimológicamente es correcto.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Tasa de morbilidad: La frecuencia de la enfermedad en proporción a una población y requiere que se especifique: el período, el lugar y la hora por minuto.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente usadas son las siguientes:

- Prevalencia: Frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período).
- Incidencia: Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico y en un área determinada.

Recursos Financieros: Los recursos financieros son el efectivo y el conjunto de activos financieros que tienen un grado de liquidez. Es decir, que los recursos financieros pueden estar compuestos por:- Dinero en efectivo.

Servicios de Salud Pública: salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación

PIB: producto interno bruto: El PIB es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado. EL PIB es un indicador representativo que ayuda a medir el crecimiento o decrecimiento de la producción de bienes y servicios de las empresas de cada país, únicamente dentro de su territorio. Este indicador es un reflejo de la competitividad de las empresas.

Inversión o Formación de Capital: La inversión consiste en los aumentos de los stocks o fondos de edificios, equipo y asistencias durante un año. Implica el sacrificio

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

actual para aumentar el consumo futuro. La inversión real: los economista definen la inversión o la inversión real ; como la producción de bienes de capital duradero, pero para el lego a menudo significa meramente emplear el dinero para comprar acciones de la GENERAL MOTORS o para abrir una cuenta de ahorro.

Precios corrientes: La expresión precios corrientes, en economía, define los precios de los bienes y servicios según su valor nominal y el momento en que son considerados

Precios constantes: aquella que define los precios que, pertenecientes a períodos distintos, son corregidos el uno con respecto al otro mediante un factor, normalmente la inflación.

Tasas: La tasa es un coeficiente que expresa la relación entre la cantidad y la frecuencia de un fenómeno o un grupo de fenómenos. Se utiliza para indicar la presencia de una situación que no puede ser medida en forma directa. Ejemplo: tasa de natalidad.

Impuestos o Tributos: El impuesto es una clase de tributo (obligaciones generalmente pecuniarias en favor del acreedor tributario) regido por derecho público. Se caracteriza por no requerir una contraprestación directa o determinada por parte de la administración hacendaria (acreedor tributario).

Créditos o endeudamiento: El crédito es cuándo una persona (natural o jurídica) le presta dinero a otra que lo necesita y esta última se compromete a devolver la cantidad prestada en un tiempo o plazo acordado previamente y generalmente le reconoce un valor adicional llamado interés. Los créditos sirven para a financiar algunas actividades como: realizar un negocio o actividad productiva, comprar casa, carro, bienes y servicios, viajes, etc. En otras palabras, hoy en día los créditos sirven para todo lo que necesitemos.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Donaciones: La donación es el acto que consiste en dar fondos u otros bienes materiales, generalmente por razones de caridad.

Déficit Fiscal: déficit fiscal es la diferencia negativa entre los ingresos y los egresos públicos en un cierto plazo determinado. El concepto abarca tanto al sector público consolidado, como al sector público no financiero y al gobierno central. Se trata del resultado negativo de las cuentas del Estado. Cuando los gastos estatales superan a los ingresos, se produce el déficit.

Superávit Fiscal: Cuando el Estado ahorra quiere decir que sus ingresos son mayores que sus gastos y se presenta un superávit fiscal, el caso contrario conduciría a un

Gasto Público: El gasto público es el total de gastos realizados por el sector público, tanto en la adquisición de bienes y servicios como en la prestación de subsidios y transferencias. En una economía de mercado, el destino primordial del gasto público es la satisfacción de las necesidades colectivas, mientras que los gastos públicos destinados a satisfacer el consumo público sólo se producen para remediar las deficiencias del mercado. También tiene una importancia reseñable los gastos públicos de transferencia tendientes a lograr una redistribución de la renta y la riqueza.

Ingreso Público: Los ingresos públicos son los recursos que capta el sector público para realizar sus actividades. Desde un punto de vista cuantitativo, los impuestos suelen constituir el principal componente de los ingresos públicos.

Política Fiscal: La política fiscal es una rama de la política económica que configura el presupuesto del Estado, y sus componentes, el gasto público y los impuestos, como variables de control para asegurar y mantener la estabilidad económica,

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

amortiguando las variaciones de los ciclos económicos, y contribuyendo a mantener una economía creciente, de pleno empleo y sin inflación alta.

Balance Fiscal: Las balanzas fiscales son una herramienta contable que permite comparar los ingresos del gobierno central que se generan en un territorio con los gastos que se realizan dentro de su circunscripción. Cuando los ingresos superan a los beneficios del gasto, se dice que hay déficit fiscal, mientras que cuando son los gastos recibidos los que superan a los ingresos, se dice que la Comunidad Autónoma en cuestión tiene superávit fiscal.

Ingresos Corrientes: Son aquellos recursos provenientes de la vía fiscal o por las operaciones que realizan las entidades del sector paraestatal, mediante la venta de bienes y servicios (exceptuando los activos fijos), erogaciones recuperables y las transferencias del Gobierno Federal para gasto corriente. Son aquellas percepciones que significan un aumento del efectivo del sector público, como resultado de sus operaciones normales, sin que provengan de la enajenación de su patrimonio. Percepciones provenientes de impuestos y entradas no recuperables, que no provengan de donaciones o de la venta de bienes raíces, activos intangibles, existencias o activos de capital fijo. Son los ingresos tributarios y no tributarios que se obtienen por la ejecución de la Ley de Ingresos de la Federación

Transferencias corrientes: Subvenciones que el Estado u otro organismo público otorga a las empresas productoras de bienes y servicios con objeto de reducir los costes de producción y el nivel de precios. También incluye las subvenciones sociales a las familias.

Mortalidad: Se denomina mortalidad al número de habitantes que pierden la vida en una zona geográfica, país o región. Es decir las defunciones en población o tiempo determinados, se mide en relación con el total de una población, mediante el índice

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

de mortalidad, que indica el número de defunciones registradas en un año por cada 1 000 habitantes.

Natalidad: Es la cifra proporcional de los nacimientos que tienen lugar en una población que se produce en la entidad geográfica cualquiera durante un periodo determinado, por lo general un (1) año. Para efectos comparativos se utiliza el concepto de índice o tasa de natalidad, la cual puede definirse como la medida que se establece entre los nacimientos registrados en un determinado tiempo por cada mil habitantes en relación con la población total, y se expresa en tanto por ciento o tanto por mil.

Intramuros: es donde las personas adoptan o mantenga estilos de vida saludables en beneficio de su salud y de su entorno.

Muro: Se define como los establecimientos donde se atiende a las personas con problemas físicos de salud y estos pueden ser hospitales, centro de salud, etc.

Pobreza: es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación. En muchos países del tercer mundo, la situación de pobreza se presenta cuando no es posible cubrir las necesidades incluidas en la canasta básica de alimentos o se dan problemas de subdesarrollo.¹

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

1.6 Hipótesis

La ejecución total en tiempo y forma de manera eficientemente y transparente del presupuesto general de La República de Nicaragua asignado al sector salud, es la clave para satisfacer las demandas de la población en materia de salud.

Operacionalización de variables

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Dimensión	Indicador
Gasto total en Salud	Cantidad de recursos financieros, material y humano para proporcionar servicios de salud	Es la suma del gasto publico y privado, abarca los servicios preventivos y curativos	Políticas Publica de Salud	Gasto en salud percapita en (US\$)
Gasto en salud publica	Cantidad de recursos financieros, material y humano del Sector Publico para proveer servicios de salud	Comprende los gastos corrientes y de capital provenientes del presupuesto Publico, financiación externa y donaciones	Políticas Publica de Salud	Gasto en salud sector publico (% del gasto total en salud)
Financiación de la Salud	Es el suministro de recursos financieros, a partir de diversas fuentes, destinados a la producción o compra de servicios de salud	ES el flujo de fondos al sistema de salud, por medio de los agentes financieros, hacia los proveedores y las funciones	Presupuesto de la Republica	Fuente de financiamiento en millones de córdobas
Atención integral primer nivel de atención	Promueve un cambio de actitud de los trabajadores de la salud para que atiendan con calidad humana a los pacientes y sus familiares en las unidades de salud.	Comprende la realización de acciones de intervenciones clínicas, contempladas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y sus adecuaciones culturales	Presupuesto por programa	Unidades atendidas, consultas, visitas, control y valor monetario de los servicios de salud
Atención Salud Hospitalaria	restablecimiento de la salud con la recuperación de las características estructurales y funcionales normales de una persona	Es la atención de la población en los servicios especializados y de alta complejidad tecnológica, como servicios de hospitalización	Presupuesto por programa	Unidades atendidas, cirugiass,placas, partos y valor monetario de los servicios de salud

1.7 Material y método

Este acápite constituye uno de los capítulos más relevantes de la tesis, el cual expresa con claridad los métodos, técnicas y procedimientos utilizados por el investigador.

Los métodos que se va a utilizar en el presente estudio de investigación son el analítico, descriptivo, y explicativo de esta manera nos auxiliaremos de las fuentes principales de documentos, entrevistas, internet y las paginas web de los organismos que hayan realizado escritos sobre el tema, lo cual nos ayudara hacer el análisis del gasto e inversión en salud, analizaremos los documentos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) Banco Central de Nicaragua (B.C.N), Ministerio de Salud (MINSAL) entre otros enlaces de interés a utilizar en la bibliografía, como también utilizaremos los programas de Windows como Excel, Word, PowerPoint.

Área de Estudio

El presente estudio pertenece al Área de las Finanzas Publicas que esta compuesta por las políticas e instrumentos del gobierno donde el gasto depende de los impuestos y la economía del país, cuyo objetivo de estudio en lo fundamental es mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense, y administrar eficientemente el presupuesto recaudado destinado al gasto del sector salud como una inversión.

El presente informe es de tipo cuantitativo ya que nos auxiliamos fundamentalmente de diferentes documentos de las distintas entidades que conciernen con el tema de investigación.

La investigación es descriptiva, por cuanto es necesario describir los efectos y análisis social que genera un incremento del gasto público dirigido al fortalecimiento del sector salud en Nicaragua. En virtud de la existencia de indicadores que ayuden a determinar el mejoramiento de los servicios de salud, para lo cual es necesario determinar la relación que se tiene entre los niveles de Gasto Público por parte del

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Estado destinados hacia la red de Salud Pública y el nivel de eficacia que con estos recursos son manejados por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, es decir la optimización de recursos y la equitativa redistribución de los ingresos.

Y se utiliza el método analítico, porque es necesario analizar los beneficios que se han obtenido una vez que el Estado invierte mayores cantidades de Recursos Fiscales y los dirige hacia sectores estratégicos como el de la salud. Asimismo, es necesario comparar y analizar si las políticas que se han puesto en marcha son eficientes en comparación a la de períodos anteriores. Cabe indicar que la presente investigación también recogerá información del manejo de otras instituciones públicas como son el Instituto Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Ministerios de Hacienda y Crédito Público, CEPAL y el Banco Central de Nicaragua entre otros enlaces de interés a utilizar en la bibliografía, para poder comparar la administración y el manejo de recursos presupuestarios del Estado.

Tipo de Estudio

La investigación denominada “Análisis de la Asignación de Recursos Financieros en los Servicios de Salud Pública, en el periodo 2011-2015” la cual se lleva a cabo de manera documental, como recolección de datos importantes, se hace mediante información secundaria como libros, informes y periódicos que reflejen la asignación de Recursos Financieros en los Servicios de Salud Pública, periodo 2011-2015. Una vez obtenida toda la información se procede a ordenar el contenido del tema en estudio desde el texto hasta las imágenes incorporadas, se utiliza el Sistema Windows que incluye los programas (Word, Excel, power point).

Enfoque del Estudio

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno. Podemos inferir dos enfoques: El cuantitativo y el cualitativo:

1. Características del enfoque cuantitativo

1.1. Es secuencial y probatorio. Aunque podamos redefinir alguna de sus fases, los procesos siguen un orden riguroso. Las decisiones críticas se toman antes de recolectar los datos. Predice y explica las tendencias y regularidades históricas que esta investigación asume como objeto de estudio.

1.2. Producción de la idea. Planteamiento del problema. Revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico. Elaboración de hipótesis y definición de variables. Desarrollo del diseño de investigación. Definición y selección de la muestra. Recolección de los datos. Análisis de los datos. Elaboración del reporte de los resultados

2. Características del enfoque cualitativo

Las preguntas de investigación y las hipótesis no necesariamente preceden a la recolección y análisis de los datos. Si bien hay una revisión inicial de la literatura, ésta puede complementarse en cualquier etapa del estudio. La elección de la muestra y los ambientes puede variar a posteriori de la inmersión en el campo de estudio.

Plan de Recolección de Datos

Las principales bases de datos serán los documentos OPS, OMS, PNUDH, e internamente del MHCP, B.C.N, MINSA y otras instituciones que se consideren involucradas en el desarrollo de este tipo de tema.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Instrumentos Utilizados

Se usarán los instrumentos en que se basa la investigación documental. Esta investigación está basada en documentos (libros, artículos, revistas, periódico, etc.)

Aunque normalmente se recopila todo el material y se analizan los documentos desde el texto hasta las imágenes si es que lleva incorporadas. Las fuentes, como los documentos que quieras analizar; además, se utilizará el Word, Excel como programa basados en el ambiente Windows para correr datos que conduzcan a establecer líneas de regresión.

CAPITULO II: CONTEXTO DEL SISTEMA SALUD

2.1 Situación General del Estado de la Salud en Nicaragua

Nicaragua se caracteriza por ser un país multiétnico y pluricultural. La población nicaragüense es de 6,205, 866, millones de habitantes el cual corresponde 49.5% (3, 069,182) del sexo masculino y 50.5% (3, 136,684) del sexo femenino. La tasa de crecimiento inter censal 1995-2005 es de 1.7%. El tamaño promedio de los hogares es de 4.9, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 77.7 y el de los varones es de 71.5 años¹⁰.

Multiétnica

Nicaragua cuenta con una población multiétnica y pluricultural de 5,142,098 habitantes (Censo 2005), de los cuales el 15% es población perteneciente a pueblo indígena o comunidad étnica, y baja densidad poblacional (42.7 hab/km²), con predominio de población urbana (55.9%).¹¹

En el 2005 la tasa bruta de natalidad fue de 25.4 por cada 1000 habitantes disminuyendo el 22.7 en el 2013. En el período 2005 – 2013 el número de mujeres en edad fértil represento el 52.3% del total de mujeres. Los departamentos con mayor número de mujeres fértiles son Chinandega, León, Matagalpa y Managua, siendo la tasa de fertilidad de 2.8 niños/mujer en el 2005, pasando a 2.5 en el 2013

Según datos de Endesa en el período del 2011 al 2012, muestran que la edad media de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su primera relación sexual es de 16.8 años, realizaron su primera unión 17.4 año y tuvieron su primer nacimiento 18.8.

¹⁰ COPADES. "Información recopilada de indicadores macroeconómicos básicos 2004-2014"..

¹¹ INIDE. "Anuario Estadístico 2005".

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

La tasa de mortalidad infantil por cada 1000 niños/vivos, disminuyo del 26% en el 2005 a 19.4 en el 2014. Datos de CEPAL/STAT indican que durante el quinquenio del 2000 al 2005 la tasa media de mortalidad infantil fue del 32.1% ligeramente inferior al promedio de América Latina 32.5%, ubicándose Nicaragua en el lugar 25 de 35 países. En el quinquenio 2005 – 2010 la tasa fue del 25.7% inferior a la tasa media de América Latina (28.1%), pasando a la posición 21, y para el período 2010 – 2015 la tasa media es del 21.7 inferior al promedio de América Latina (24.4%), ubicándose en la posición 20.

De acuerdo a las muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en el 2005 fue de 120 disminuyendo a 100 en el 2013, cifra superior a América Latina y el caribe que fue de 85.

La diabetes, la neumonía, la cirrosis hepática y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras enfermedades, constituyeron las primeras diez causas de muerte en 2015 entre los pensionados, asegurados y sus beneficiarios en las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (ISSP), según el Anuario Estadístico 2015 del Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS).

Además el documento oficial señala que hubo un total de 1,028 defunciones; y las unidades con mayor número de defunciones reportadas fueron: Hospital Salud Integral, con el 17 por ciento, seguido por el Hospital Solidaridad, 16 por ciento, y Hospital Militar y/o PAME, con el 14 por ciento en el año 2015.

Los servicios de salud a los que más recurren son hospitales públicos, centros de salud, empresa medicas provisionales y clínicas médicas privadas. El 83% de la población que utiliza estos servicios los valoran entre bueno y muy bueno, regular 12% y el 4% expresa no estar satisfecho.

Pese a poseer la mayor cantidad de fuentes de agua dulce de Centroamérica, Nicaragua ya se enfrenta a una crisis extrema del recurso, debido al cambio

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

climático y la falta de reforestación, que cada vez hace menos posible la infiltración de agua en el subsuelo desde donde se abastece el noventa por ciento del país mediante pozos.

Actualmente el país se está dando el lujo de consumir el agua subterránea al igual que los países desarrollados y contaminar las aguas superficiales.

De esta manera aunque haya abundancia de ríos, lagunas y lagos, la contaminación y la deforestación le están quitando el agua a las futuras generaciones.

Mientras tanto, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación advierte que, para el 2050 la crisis de agua puede ser mayor debido al fuerte consumo de este vital líquido para riego.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que el 77 por ciento aproximadamente de los hogares extremadamente pobres carece de agua potable y las zonas con mayor número de enfermedades diarreicas son las que cuentan con menor cobertura del servicio de agua potable.

Para Ruth Selma Herrera, ex presidenta ejecutiva de la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (Enacal), la situación del agua está en su punto crítico porque el agua subterránea está escaseando y la afectación se siente con mayor fuerza en la zona norte, central y del Caribe del país, la escases de agua ya es alarmante

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, (GRUN) comprometido con la salud del Pueblo desde su programa histórico de 1969¹², dejó afirmado ante la ciudadanía, lo que se ha mantenido aún después de haber logrado la victoria electoral del 2006, lo siguiente:

¹²EI FSLN. "Prestará asistencia médica gratuita a toda la población. Instalará clínicas y hospitales en todo territorio nacional; Empezará campañas masivas para erradicar las enfermedades endémicas y prevenir las epidémicas".

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

A partir de enero de 2007 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) retomo el poder, su primera acción fue desprivatizar y nacionalizar la salud, restableciendo la gratuidad en los servicios, brindándose atención médica y medicamentos gratuitos en hospitales y centros de salud, eliminando cualquier cobro en los servicios de salud pública, en este sentido ha venido destinando mayor asignación presupuestaria para la inversión en salud y así mejorar la atención a la niñez, adolescencia, la vejez y a las mujeres, todo esto con el fin que de que el MINSA a través de sus programas le permitan cumplir con los objetivos del MILENIO.

Ejemplos que demuestran o justifican hasta la actualidad el planteamiento anterior tenemos los aspectos siguientes: a) exámenes de laboratorio sin costo alguno, permitiéndole al pueblo un ahorro en el pago por ese servicio. b) atención especial a embarazadas con el objetivo de disminuir las muertes maternas, c) vacunas preventivas con el propósito de erradicar enfermedades como la polio, tétanos neonatal, tos chifladura, sarampión y rubeola.

2.2 El Gasto en Salud en Nicaragua.

Organización Institucional del Sector Salud en Nicaragua.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (2008–2012) y la Política Nacional de Salud (2007–2011) establecen ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud mediante aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

El Plan Nacional de Salud (2004–2015) tiene como propósito garantizar el derecho y el acceso equitativo, universal y gratuito a los servicios públicos de salud.

El sistema de salud comprende al sector público y sector privado. El sector público está integrado por el Ministerio de Salud, los servicios médicos del Ejército de

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Nicaragua y Policía Nacional, y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

El sistema cuenta con la participación pública y privada para su financiamiento y prestación de servicios, los sectores público y privado tienen escasa integración y articulación.

El Ministerio de Salud es responsable por rectoría sanitaria y es el principal prestador de servicios. La cobertura institucional de la atención es: Ministerio de Salud, 67%, INSS, 16% (sus afiliados y familiares), Gobernación y Ejército, 6%, e instituciones privadas, 11%. El número de asegurados activos al cierre de 2012, registra una tasa de crecimiento de 8% en relación a 2011, concluyendo el año con 643,538 asegurados, ubicados en 25,679 empresas activas registradas en el INSS. Del total de población asegurada 58% eran hombres y 42% mujeres.

Desde el punto de vista financiero. Formas de Financiamiento del Sistema de Salud a Partir de la Oferta de Salud.

El sistema nicaragüense de salud está fragmentado entre sector público y privado, y al interior del sector público, entre el MINSA, el MIGOB, el MIDEF y el INSS. No existen mecanismos de *risk pooling*¹³ entre estas instituciones, lo que afecta la capacidad redistributiva del sistema y por ende, la equidad y eficiencia del sistema de salud.

El INSS ofrece el Régimen Integral que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Riesgos Profesionales (RP). También ofrece el Régimen IVM que excluye el EM. Los regímenes son obligatorios

¹³ El concepto de *risk pooling* sugiere que la variabilidad de la demanda se reduce si se trabaja a nivel agregado a través de las localizaciones de la cadena de distribución, de manera tal que la alta demanda de un cliente sería balanceada por la baja demanda de otro. Esta reducción en la variabilidad permite disminuir el stock de seguridad y por lo tanto reducir el inventario promedio.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

para los trabajadores asalariados y los que forman parte de colectivos, y facultativo para trabajadores independientes. La obligatoriedad se restringe a personas que viven en zonas donde el INSS ofrece servicios.

El INSS se financia de manera tripartita: el Estado paga 0.25% del salario de los asegurados activos de los Regímenes Integrales. Los empleadores pagan 16 y 10% del salario del trabajador, en los Regímenes Integrales y el IVM/RP, respectivamente. Finalmente, los asegurados activos contribuyen con 6.25% y 4.25% de sus ingresos respectivamente (ver cuadro no.3)

Los mismos identifican, en colaboración con los municipios y EBA, las necesidades en recursos financieros en base del perfil epidemiológico, demográfico, socioeconómico y cultural de la población. La asignación de recursos se realiza en base de compromisos de gestión entre el MINSA y el director de cada SILAIS (ver mapa anexo no.8), entre directores de hospital y el MINSA, y entre directores de hospital y directores de SILAIS. Con los contratos los respectivos directores adquieren la obligación de cumplir los compromisos de producción de servicios, impacto en la salud y satisfacción de usuarios expresados en el Plan Local. El MINSA y SILAIS respectivamente se comprometen a asignar recursos y brindar la asistencia técnica necesaria para lograr las metas.

El INSS compra servicios a las IPSS en forma de un paquete de beneficios establecido por un pago per cápita de US\$ 14 o 300 CR en 2010. El monto per cápita se basa en el número de afiliados que está asignado a cada IPSS y no toma en cuenta el perfil socioeconómico o de salud de los beneficiarios.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

2.3 Cuánto gasta en salud Nicaragua

Con la finalidad que el sector salud cumpla con los lineamientos del gobierno y objetivos del MILENIO, en mejorar la calidad de vida de los individuos, familia y comunidad en la atención de la salud de estos ha venido ejecutando acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; para esto se han realizado aportes significativos a través de diferentes fuentes de financiamiento alcanzando así un incremento al presupuesto asignado cada año, alcanzando así un incremento promedio en términos corrientes en términos precipita del 13.9% pasando de C\$ 1,185.00 en el 2005 a C\$ 3,822.00 en el 2013.

Aunque en términos constante, el financiamiento es de C\$ 1,354.20, porque el corriente se deflacto con respecto al IPC del año 2005 que fue de 87.5, y de C\$ 2,214.5 en el mismo sentido se deflacto con respecto al IPC que fue para este año de 172.3, teniendo un promedio del 5.6%.

Ahora si se relaciona el gasto total en salud con el Producto Interno Bruto, da la siguiente relación porcentual: 6.1% en el 2005 y del 8.4% en el 2013.

Para los años 2010 y 2011 se observa una caída de la razón gasto salud y PIB, con respecto a su tendencia, lo que se debió a la disminución en las compras de bienes servicios de salud, producto del alza de precios. En el año 2009 la tasa de inflación en bienes de salud fue del 3.9%, pasando al 5.6% en el 2010, y a 8.7% en el 2011. Al lograr el gobierno mantener estable la inflación en el 2012 y reducirla en el 2013, la razón gasto salud a PIB vuelve a su comportamiento tendencial.

2.4 Quien paga por la salud en Nicaragua

Considerando que desde el punto de vista financiero, el sistema nicaragüense de salud está fragmentado entre sector público y privado, y al interior del sector público, entre el MINSA, el MIGOB, el MIDEF y el INSS. Sin embargo no existen

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

mecanismos de *risk pooling* entre estas instituciones, lo que afecta la capacidad redistributiva del sistema y por ende, la equidad y eficiencia del sistema de salud.

El INSS ofrece el Régimen Integral que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Riesgos Profesionales (RP). También ofrece el Régimen IVM que excluye el EM. Los regímenes son obligatorios para los trabajadores asalariados y los que forman parte de colectivos, y facultativo para trabajadores independientes. La obligatoriedad se restringe a personas que viven en zonas donde el INSS ofrece servicios.

El INSS se financia de manera tripartita: el Estado paga 0.25% del salario de los asegurados activos de los Regímenes Integrales. Los empleadores pagan 16 y 10% del salario del trabajador, en los Regímenes Integrales y el IVM/RP, respectivamente. Finalmente, los asegurados activos contribuyen con 6.25% y 4.25% de sus ingresos respectivamente (ver cuadro no, 2)

Cuadro #2: Fuentes de financiamiento del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, por Regímenes de Aseguramiento

	IVM	IVM	RP	Victimas de guerra	Total
Empleador		7,00	1,50	1,50	10,00
Trabajador		4,00	-	0,25	4,25
Total		11,00	1,50	1,75	14,25

	Régimen Integral	IVM	RP	EM	Victimas de guerra	Total
Empleador		7,00	1,50	6,00	1,50	16,00
Trabajador		4,00	-	2,25	-	6,25
Estado		-	-	0,25	-	0,25
Total		11,00	1,50	8,50	1,50	22,50

IVM= Invalidez, vejez y muerte
RP= Riesgos profesionales

Fuente: INSS

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

El régimen no contributivo del MINSA se financia con impuestos generales, la venta de servicios al INSS y con recursos de cooperación internacional canalizados principalmente a través de FONSALUD. La asignación de los fondos del MINSA hacia los departamentos y regiones atlánticas se hace a través de 17 SILAIS. Los mismos se identifican, en colaboración con los municipios y EBA, las necesidades de recursos financieros en base al perfil epidemiológico, demográfico, socioeconómico y cultural de la población.

La asignación de recursos se realiza en base de compromisos de gestión entre el MINSA y el director de cada SILAIS, entre directores de hospitales y el MINSA, y entre directores de hospital y directores de SILAIS. Con los contratos los respectivos directores adquieren la obligación de cumplir los compromisos de producción de servicios, que impacte en la salud y satisfacción de los usuarios expresados en el Plan Local. El MINSA y SILAIS respectivamente se comprometen a asignar recursos y brindar la asistencia técnica necesaria para lograr las metas.

El INSS compra servicios a las IPSS en forma de un paquete de beneficios establecido por un pago per cápita de US\$ 14 o 300 CR en 2010. El monto per cápita se basa en el número de afiliados que está asignado a cada IPSS y no toma en cuenta el perfil socioeconómico o de salud de los beneficiarios.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los nicaragüenses?

Se calcula que 10.3% de los hogares nicaragüenses incurren anualmente en gastos catastróficos por atender sus necesidades en salud. Otro 1.6% de los hogares incurren en gastos empobrecedores por las mismas razones. La prevalencia de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores en las zonas rurales son de 15.1 y 2.7%, respectivamente, contra 7 y 0.8% en las zonas urbanas. En el quintil más pobre, las prevalencias de gastos catastróficos y empobrecedores son de 10.3 y 6.8%, respectivamente, contra 6.8 y 0% en el quintil más rico, respectivamente.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

2.5 Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

Para el 2019, Nicaragua contará con 16 hospitales nuevos o totalmente remodelados, entre ellos nueve primarios, que sumarán 1,905 camas y garantizarán la atención a más de 3 millones de habitantes, según información oficial.

De acuerdo al portal informativo del MINSA, que cita un informe del Consejo de Comunicación y Ciudadanía, solo en el período 2015-2019 se construirán nueve hospitales que ya cuentan con financiamiento.

Uno de ellos es el nuevo hospital Vélez Paiz, en la capital, cuya construcción inició a mediados del año pasado y se prevé que esté listo en diciembre de 2016. La inversión es de US\$76.5 millones y tendrá 300 camas, 22 consultorios médicos y 7 quirófanos.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

La fuerza laboral del MINSA Está conformada por 32,122 personas, 1915 de ellos son médicos generales, 1949 son médicos especialistas y 128 son subespecialistas, indica la información actualizada en octubre de 2015.

El sistema público de salud cuenta con menos de 200 médicos subespecialistas, revelan datos oficiales de los contenidos en su portal web.

Nicaragua cuenta con varias escuelas y facultades de medicina vinculadas a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de Managua y León, la Universidad Americana, la Universidad Cristiana Autónoma de Nicaragua, la Universidad Católica y la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Nueve escuelas ofrecen estudios de enfermería, incluyendo la Universidad Politécnica de Nicaragua, la UNAN-León y el Instituto Politécnico de la Salud Manuel Piti Fajardo. La Universidad Iberoamericana de Ciencia y Tecnología ofrece formación en disciplinas como óptica y optometría y farmacia.

Para 1995 se creó el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nicaragua, que desarrolla el código de ética de la profesión médica, promueve el desarrollo científico-técnico de los médicos, y defiende los derechos profesionales del gremio médico. En tanto el

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Colegio de Enfermeras nació en 1972 cuando se renombra la Asociación de Enfermeras de Nicaragua establecida en 1949.

¿Cuál es el nivel de acceso a los medicamentos?

En el sector público nicaragüense los medicamentos son gratuitos. De hecho, el CPS incluye una lista básica de medicamentos para el primer nivel de atención, así como un listado de métodos anticonceptivos y vacunas. Debido a la falta de recursos estos insumos no están disponibles en todos los establecimientos del MINSA. El INSS también cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las EMP y CMP deben proveer a los asegurados.

2.6 Asignaciones presupuestarias al MINSA

El presupuesto asignado al ministerio de salud, en el periodo 2011-2015 se distribuye en cuatro programas:

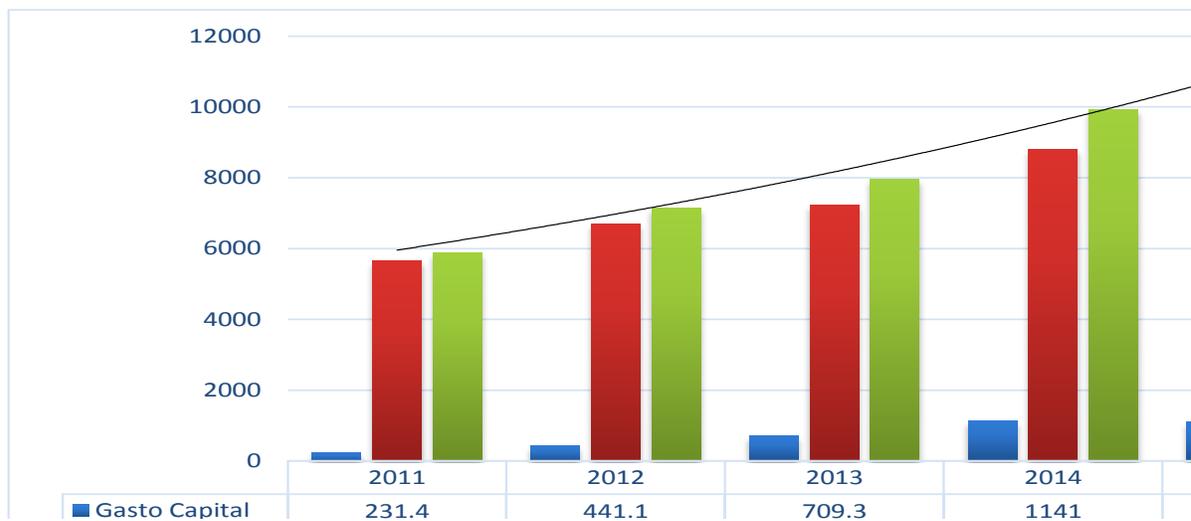
- a) Programa de actividades centrales: es un programa de coordinación orientado a dirigir y brindar apoyo técnico y administrativo al resto de programas de la institución, con el objetivo de contribuir al alcance de las metas previstas en cada uno de ellos.
- b) Programa de proyectos centrales: su ámbito de acción está orientado al seguimiento de los proyectos de inversión pública, en las áreas de promoción de ambientes saludables, cooperación técnica, fortalecimiento institucional, modernización del sector salud, capacitación, promoción y prevención de la salud.
- c) Servicio de salud a las personas: comprende todas aquellas acciones encaminadas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que contribuyen directamente a la satisfacción de las necesidades de atención de la salud de las personas.; se divide en dos subprogramas que identifican los servicios de promoción a la salud, prevención de enfermedades, servicios de recuperación y rehabilitación de la salud.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

- d) Servicio de salud ambiental: este programa comprende todas aquellas acciones orientadas al control, vigilancia y cumplimiento de las regulaciones ambientales y de salud que rigen a las instituciones y personas vinculadas con el sector salud, así mismo a la promoción de ambientes saludables.

El presupuesto asignado al MINSa, a partir del año 2009, adquiere una nueva clasificación de los programas; se mantienen los programas de actividades y proyectos centrales y se agregan cuatro nuevos programas que son: a) actividades de sedes locales, b) comunicación, promoción de la salud y la prevención de enfermedades, c) atención integral en el primer nivel de atención, d) Atención de salud hospitalaria.

Grafico # 1 Presupuesto del ministerio de salud (MINSa) 2011-2015
(Millones de córdobas)

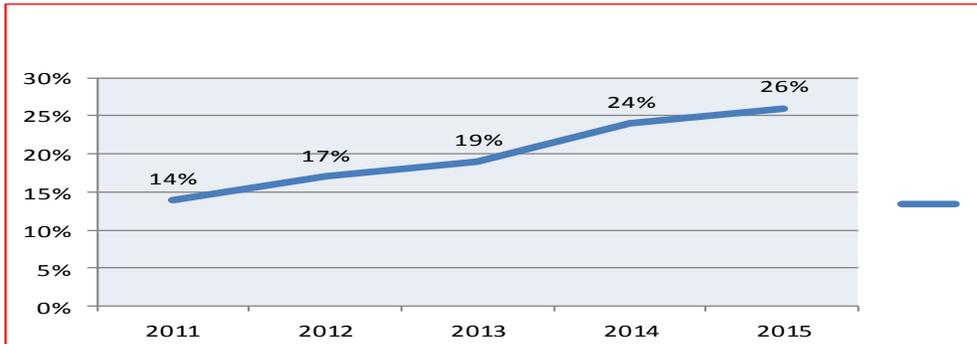


Fuente: Liquidación Presupuestaria. MHCP.2015

Se observa en el grafico no 1 que del 2011 al 2015 el presupuesto al MINSa fue en aumento pasando de C\$ 5,875.9 millones de córdobas a C\$ 10,956.8 para una diferencia de C\$ 5,080.9 con la finalidad de mejorar el nivel de vida del individuo, familia y comunidad, y en términos porcentuales en el grafico no. 2. , se refleja que el aumento fue del 2011 al 2015 en 12%.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Grafico #2. Promedio anual del PGR asignado al MINSA.



Fuente: Elaboración propia en base al informe Liquidación Presupuestaria. MHCP.

2.7 Cumplimiento de objetivos del desarrollo del milenio en temas de salud.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son las metas, cuantificadas y cronológicas, que el mundo ha fijado para luchar contra la pobreza extrema en sus varias dimensiones: hambre, enfermedad, pobreza de ingresos, falta de vivienda adecuada, exclusión social, problemas de educación y de sostenibilidad ambiental, entre otras.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son el resultado de un compromiso que en el año 2000 hicieron 191 jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre del Milenio, para trabajar a favor de ocho objetivos, que contienen un total de 17 metas. Este compromiso, conocido como la Declaración del Milenio, se firmó en septiembre del 2000 y fijó ocho objetivos que tienen como fecha límite de cumplimiento el año 2015, por lo que estas metas simbolizan grandes desafíos que dependen en gran medida de la voluntad y del manejo de los países en el tiempo acordado.

Los ocho objetivos del Milenio son:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas llegaron a un consenso respecto del documento final de una nueva agenda de desarrollo sostenible titulado “Transformar nuestro mundo: la Agenda de 2030 para el Desarrollo Sostenible”. Esta agenda contiene 17 objetivos y 169 metas.

- Los líderes mundiales aprobarán oficialmente en septiembre esta agenda universal, integrada y transformadora con el fin de iniciar medidas que pongan fin a la pobreza y construyan un mundo más sostenible en los próximos 15 años.
- Esta agenda se basa en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados en 2000, y que orientaron las medidas en pro del desarrollo en los últimos 15 años. Los ODM han demostrado que los objetivos mundiales pueden sacar a millones de personas de la pobreza.
- Los nuevos objetivos son parte de una agenda de desarrollo ambiciosa, audaz y sostenible que se centrará en los tres elementos interconectados del desarrollo sostenible: crecimiento económico, inclusión social y protección ambiental.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las metas tienen carácter mundial y son universalmente aplicables, tomando en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo nacionales y respetando las políticas y prioridades nacionales. No son independientes entre sí, y es necesario que se apliquen de manera integrada.

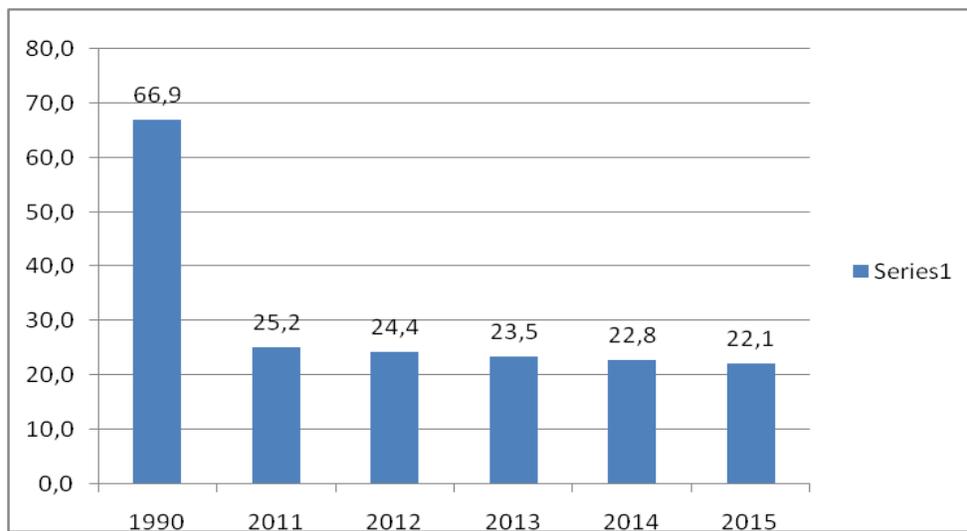
Nicaragua ha avanzado en los 8 primeros objetivos del MILENIO que están encaminados para establecer condiciones de desarrollo económico que genere empleo productivo y digno para que coadyuve a la reducción de la pobreza extrema. Nicaragua es uno de los países de América Latina que ha mostrado más avances en cuanto al cumplimiento de los ODM, varios organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) reconoce que Nicaragua ha venido reduciendo sustancialmente los indicadores de pobreza, hambre, desnutrición. Asimismo la Organización Mundial para la Salud (OPS) registra que hemos avanzado en la salud con una atención gratuita e inclusiva para

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

la población, mejoramiento de infraestructura hospitalaria en el país entre otros temas.

En cuanto a la mortalidad infantil Nicaragua ha superado las estadísticas desde los años noventa, lo que se intensifica desde que se firma los objetivos del MILENIO y con el mandato de las política del buen gobierno a través de sus instituciones y fundamentalmente por el MINSA, lo que se puede apreciar en el gráfico no 3, tomando como base 1990 donde la mortalidad infantil alcanzaba la cifra aproximadamente del 70% a 22.1% en el año (2015) de acuerdo a la meta esperada de que era la reducción de la mortalidad infantil por cada 1000 mil nacidos.

Grafica # 3. Mortalidad Infantil

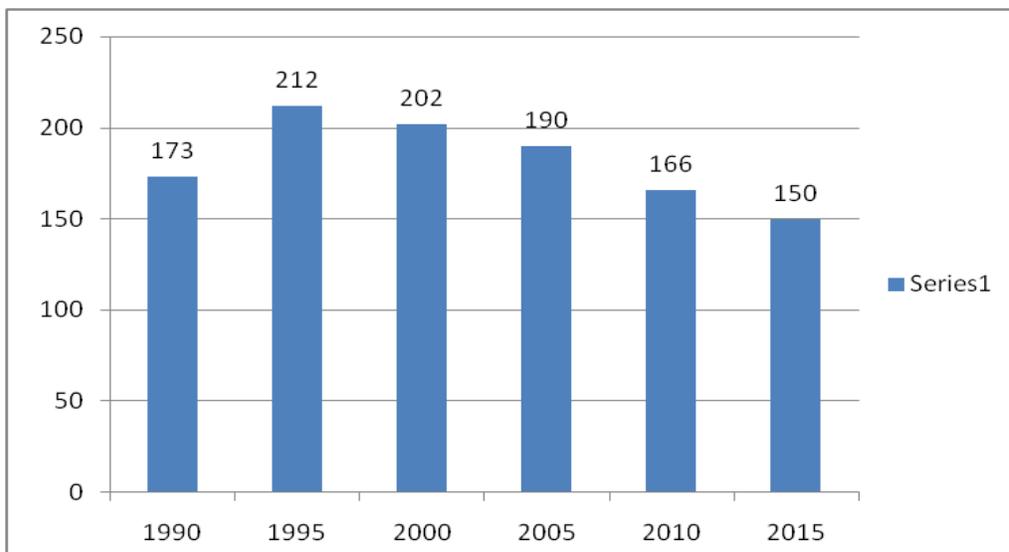


Fuente: Cevalstat. Estadísticas e indicadores sociales

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

La situación en Nicaragua en relación a la mortalidad materna, no ha superado las metas del gobierno y objetivos del MILENIO, ya que la mayor parte de las muertes maternas suceden en las zonas rurales por falta de conciencia al monitoreo fetal por parte de las pacientes, como se puede observar en la grafica #4, si bien ha disminuido la cifra de mortalidad pero no es aun significativa, donde la cifra de muerte en 1990 era 173 en términos anuales pasa a 150 en el año 2015, no se han superado, es minina la cantidad de reducción de muertas maternas.

Grafica # 4. Mortalidad materna



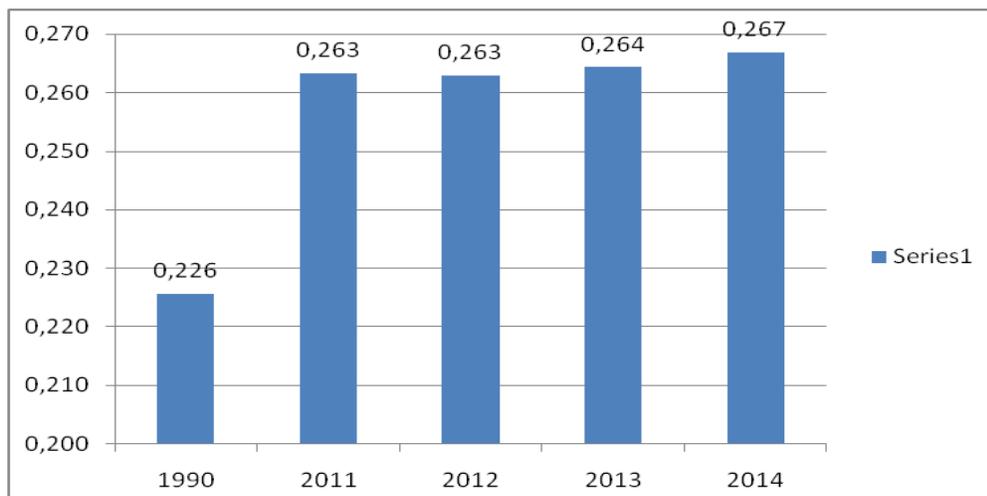
Fuente: Cepalstat. Estadísticas e indicadores sociales

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

En Nicaragua la tasa de prevalencia del VIH Sida es inferior al requerimiento de los objetivos del MILENIO, Chinandega y Managua son los departamentos más afectados. Ejemplo de este fenómeno que demuestra la alta prevalencia es que en estos departamentos se ha constatados estadísticamente que esta infección viral la sufren menores de edad desde los 15 años.

El centro de referencia a nivel nacional es el hospital Roberto Calderón y los medicamentos son distribuidos a través de todos los SILAIS del país para evitar la muerte temprana de las personas conviviendo con el VIH, sin embargo aun no se puede evitar la propagación del virus, se necesita educar a la población y es un trabajo en equipo, por lo cual se necesita de mas aumento presupuestario para este rubro.

Grafica # 5. Estadística del VIH % (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)



Fuente: Cepalstat. Estadísticas e indicadores sociales

2.8 Determinantes del Servicio de Salud Pública

Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians”, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:
 - Aquellos relacionados con los estilos de vida.
 - Los llamados factores ambientales.
 - Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
 - Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Nos llevaría a una mejor comprensión de estos determinantes sobre la salud de la población, haciendo una revisión histórica de los acontecimientos y de las personas que influyeron para que la humanidad comprendiera, la trascendencia de los factores económicos, sociales y políticos, sobre la salud de la población. Desde fines del siglo XVIII y en el siglo XIX, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de estos factores en la salud de la población, naciendo también, como resultado del estudio de estos acontecimientos, la disciplina científica de la Salud Pública.

Que por razones de tiempo y espacio no se van a detallar los acontecimientos como las personas que aportaron desde fines del siglo XVIII al siglo XX. Pero debido a la serie de acontecimientos y personas que aportaron a que estos factores se convirtieran en los elementos que explican el problema de salud pública los gobiernos de los países de Europa y América del Norte, comprendieron la importancia de los factores sociales y económicos para que la población gozara de buenas condiciones de vida y laborales, y así gozar de buena salud y poder contribuir con su trabajo no sólo en su desarrollo personal, sino de toda la población.

Por estas razones establecieron por primera vez servicios de salud pública, que en aquella época recibieron la denominación de “SANIDAD E HIGIENE PÚBLICA” cuya finalidad era exclusivamente la protección de la salud de la población, mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad. Se había comprendido también la importancia del factor político como determinante de la salud de la población.

Esto dio como resultado que paulatinamente mejorara la salud de la población, disminuyendo notablemente las enfermedades infecciosas que las agobiaba, tan es así que para 1940 la Tuberculosis y la Fiebre Tifoidea, casos de los ejemplos señalado anteriormente, tenían ya baja morbilidad y mortalidad, a pesar de que no se habían descubierto todavía los antibióticos y quimioterápicos.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Había nacido también la Salud Pública como disciplina científica cuya finalidad era orientar las acciones de salud, para atender a la población. En 1920 C. E. Winslow en Estados Unidos, redactó la primera definición de Salud Pública: “La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería. Así como el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud”

Posteriormente. Henry Sigerist en 1948 sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” y llamó PROMOCIÓN DE LA SALUD a la tarea de lograr el acceso de la población a ella”.

En 1978 se produjo la Declaración de Alma Ata, donde se promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud, naciendo el concepto de Atención Primaria de Salud, como estrategia tendiente a buscar “Salud para todos en el año 2000”, adoptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales. El año 1986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el Canadá, firmándose la Carta de Ottawa que definió la promoción de la salud como “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles,

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

2.8.1 Determinantes Políticos

A finales del siglo XX Nicaragua protagonizó un importante proceso de paz suscrito por los presidentes de Centroamérica en el año 1987. Conflictos armados, revoluciones y violencia política, fueron elementos característicos de 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.

La política nacional de salud, elaborada después de una amplia consulta, establece como lineamientos generales: ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecimiento de la atención primaria, promoción de la gobernabilidad en el sector, consolidación del sistema nacional de salud, fortalecimiento de la capacidad gerencial, desarrollo de recursos humanos, implementación de estrategias innovadoras en las regiones autónomas de la costa atlántica y municipios fronterizos.

El Plan Nacional de Salud 2004-2015 y el Plan Quinquenal 2004 - 2008 son las herramientas fundamentales para implementar la política nacional de salud. A partir del 2002, el sistema de salud se transforma con la Ley General de Salud No.423 la cual redefine el quehacer institucional y funcional del Ministerio de Salud: define la rectoría, la provisión de servicios en la red pública (promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación); la regulación de la provisión del sector privado y la seguridad social; la provisión de acciones de salud pública; el saneamiento del medio ambiente; el control sanitario de productos y servicios destinados a la salud y las medidas administrativas, de seguridad y de emergencias. El Reglamento de esta Ley define el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Nuevos mecanismos de administración financiera se definen en la Ley 550, cuyo impacto amerita estudiarse.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

El sistema de salud actual está conformado por un sub sector público: Ministerio de Salud, Gobernación, Defensa y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y otro privado (lucrativo y no lucrativo).

Políticas Públicas y Sistema Nacional de Salud

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. (Ver anexo no. 7)

El Gobierno considera la salud, al igual que la educación, como un factor de desarrollo y un derecho humano. Una inversión en formación humana que fomente una población con mejor calidad de vida y mayor capacidad de aportar al proceso productivo del país contribuye al desarrollo y al pleno ejercicio de los derechos humanos dentro del marco del Poder Ciudadano.

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

La política de salud se centró en restituir el derecho de los y las nicaragüenses a un medio sano mediante la salud preventiva y a recibir servicios integrales (servicios de promoción, prevención, de asistencia y rehabilitación), los que deben ser gratuitos y de calidad, adecuándolos a las realidades multiétnicas, culturales, religiosas y sociales del país, de tal forma que sean aceptados por todas y todos los nicaragüenses.

La actuación sanitaria de las instituciones del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) reflejado desde un inicio en el Programa Económico Financiero 2007-2010 señaló que el objetivo de la política social es garantizar a los más pobres la prestación de bienes y servicios de salud, educación, agua, saneamiento, alimentación, protección social, vivienda, formación y capacitación.

Asimismo señaló que el gobierno estableció un nuevo enfoque de la política social basado en los siguientes principios¹⁴:

- I. capitalización a los pobres como potenciales productores, superando el enfoque asistencial previo;
- II. implementación de políticas de gratuidad y subsidios directos de los principales servicios que brinda el Gobierno a los sectores más vulnerables;
- III. promoción de mecanismos e instrumentos financieros que favorezcan a los pequeños productores en áreas rurales;
- IV. alineación de la cooperación externa hacia los sectores prioritarios, reduciendo su atomización;
- V. formulación de una nueva generación de programas y proyectos que asegure alcanzar los ODM; y
- VI. participación activa de los pobres en la solución de sus problemas.

Conforme con estos principios fue formulado el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012 (PNDH-2008-2012), en el que además, se estableció que el nuevo

¹⁴ Gobierno Nacional. "NICARAGUA. Programa Económico-Financiero 2007-2010. Agosto de 2007.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Modelo de Desarrollo del Poder Ciudadano del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional tiene como finalidad la supervivencia y realización de los seres humanos; como objetivo transformaciones estructurales para superar la exclusión y liberar el potencial de desarrollo humano de los excluidos, incluyendo los pobres, las mujeres, los jóvenes, los pueblos originarios, los afro descendientes, las personas con discapacidades, entre otros.

Los valores básicos de este nuevo modelo son Solidaridad, Comunidad, Complementariedad, Redistribución, Inclusión e Igualdad¹⁵. La Igualdad entendida como la posibilidad de tener las mismas oportunidades, los mismos beneficios y los mismos deberes que nuestros semejantes que se encuentran en situación similar a nosotros, en el plano cultural, educativo, social y económico. Considerando que la pobreza en Nicaragua está arraigada en los grupos más vulnerados del país, la niñez, los jóvenes, las mujeres y las personas con discapacidad han sido los sectores de la población que durante los anteriores 16 años de gobiernos neoliberales se vio altamente excluidos y violentados en sus derechos humanos más esenciales¹⁶.

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) valora y promueve la participación de las mujeres como sujetos impulsores de cambios y generadoras de desarrollo. Esto implica la participación real y efectiva de las mujeres como actoras directas y conlleva a una transformación de relaciones y estilos de vida con el fomento y la promoción de nuevos valores que reivindiquen la igualdad absoluta de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres.

A partir de septiembre del año 2008, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) inicio los procesos de institucionalización del enfoque de género en las instituciones del Estado, esfuerzo que incluye al Ministerio de Salud¹⁷. Esto

¹⁵Gobierno Nacional. Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012.

¹⁶ Gobierno Nacional. NICARAGUA, Plan Nacional de Desarrollo Humano, 2008-2012

¹⁷ Gobierno Nacional. NICARAGUA. Programa Conjunto de Género denominado: "De la Retórica a la Realidad: Hacia la Equidad de Género y empoderamiento de las Mujeres a través de la participación y prácticas de género en los Presupuestos Públicos"; 2008-2011. Managua 2008.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

permitió crear estrategias de mejora de oportunidades hacia mujeres y hombres frente a los servicios de salud articulando los diferentes actores sociales en el proceso de producción social de la salud que promueva los nuevos valores sanitarios en la ciudadanía desde los diferentes niveles de la gestión pública y las políticas de salud.

En el ámbito institucional el ministerio de salud (MINSa) continúa promoviendo el desarrollo de una cultura de solidaridad, humanismo y ética profesional entre sus trabajadores. Esta línea de acción es desarrollada por los trabajadores de la salud encabezados por FETSALUD y el Movimiento Médico Sandinista, que desplazan profesionales a los lugares más alejados del territorio para llevar servicios de salud especializados a las poblaciones excluidas por el neoliberalismo de los derechos y beneficios de las políticas públicas.

El ministerio de salud (MINSa) también, ha implementado un nuevo enfoque en la estrategia de atención integral, que se materializa en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF); con el que se ha logrado la transformación del Sistema Nacional de Salud.

Conducción de la política general de salud

La Política Nacional de Salud, es el conjunto de lineamientos o directrices elaboradas como respuesta 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, estableció 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

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

(MINSA), a través de la Dirección General de Planificación y Desarrollo, la que operativamente estableció 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.

2.8.2 Determinantes Económicos

Las naciones que han alcanzado un sólido desarrollo económico y hoy lideran la economía internacional, lo han podido hacer gracias a que su organización política, basada en la participación democrática de la sociedad ha permitido que la voluntad y los intereses populares se reflejen en los proyectos de gobierno, los cuales se han encaminado a satisfacer las demandas de esa sociedad, propiciando, a la vez un crecimiento económico, una distribución más o menos equitativa del ingreso y la riqueza.

En los últimos años, Nicaragua en relación con la región ha sido el país que más ha crecido porcentualmente en su PIB con salarios mínimos acordados de manera tripartita. Y aunque ha crecido más, es el país con el menor PIB centroamericano. En el año 2012 el PIB representó en comparación con Guatemala 21 por ciento y 23 por ciento con Costa Rica, las economías más grandes de la región.

El aumento de salario mínimo de septiembre del año 2013 en relación con el incremento anterior de marzo fue de 5.5 por ciento y en ese mismo período el incremento de la canasta básica fue de solo 1.9 por ciento, lo que aseguró la recuperación del poder adquisitivo de los trabajadores en la formalidad.

La canasta básica ha sido uno de los elementos principales en las estadísticas del PIB, y la negociación de salario mínimo, pero debemos profundizar en ella. Nuestra canasta básica está compuesta por el mayor número de productos en la región centroamericana ya que en el resto de países de Centroamérica el ciento por ciento de los productos que integran la canasta básica son alimentos, mientras que en Nicaragua este grupo solo alcanza el 43 por ciento (23 productos de 53 son

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

alimentos), es decir, nuestra canasta incorpora además de alimentos productos del hogar, tarifas y artículos del vestuario. Por ello no es comparable con las canastas de la región¹⁸.

Y es por eso que a finales del año 2011 nuestra canasta básica era la de mayor costo en toda Centroamérica (US\$\$438 en aquel momento) siguiéndole en orden de importancia y en un porcentaje del costo de Nicaragua: Honduras, 87.2 por ciento; Guatemala, 80.2 por ciento; Costa Rica, 77.7 por ciento, y El Salvador, 58.4 por ciento. Lo anterior hace que Nicaragua sea la economía con el PIB más pequeño de Centroamérica, pero con el costo de la canasta básica más grande de la región.

La Ley de Salario Mínimo define dos negociaciones anuales y como variables para la revisión salarial el crecimiento del PIB y la inflación, aunque la variable correcta con la cual se ajusta el costo de vida es la tasa de inflación. Es por ello que vemos correcta la decisión del Gobierno de reformar la Ley de Salario Mínimo. La negociación debe ser una sola y no debe seguir siendo un candado la suma del crecimiento y la inflación. En un escenario ideal los incrementos salariales deberían estar en función de los incrementos en la productividad y el crecimiento de la demanda por mano de obra.

Una canasta básica y salarios mínimos, más allá de las condiciones de mercado, debilitan el sector formal y fortalecen el desempleo abierto, subempleo y la informalidad de nuestra economía y arriesgan el objetivo de seguir haciendo crecer el PIB como lo hemos hecho en los últimos años.

¹⁸ Aguerri, José Adán. *La prensa* "La canasta básica y el salario mínimo" 2014. Presidente del COSEP.

2.8.3 Determinantes Sociales

2.8.3.1 Empleo

Uno de los determinantes sociales que vincula en el estado de salud, está estrechamente vinculadas con el grado de des favorecimiento de empleo. Las inequidades sanitarias son resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles.

La mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes. El 20% de los menores de cinco años padecen de desnutrición crónica. Pese a que 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 que 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. Predomina el trabajo informal, el subempleo es de 31% y el desempleo franco es de 6.5%. El salario mínimo no cubre la canasta básica en ninguno de los sectores de la economía.

2.8.3.2 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 afecta al 22% de la población mayor de 6 años.

De acuerdo con el Índice de Progreso Social del 2015 (IPS), Nicaragua se ubica en el puesto 92 en Acceso a Conocimientos Básicos. El 17 por ciento de los nicaragüenses mayores de 15 años no sabe leer ni escribir¹⁹.

2.8.3.3 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 República, 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 intrínseco de los determinantes que inciden en la salud de la población. Se dispuso de información anual del boletín institucional de los Indicadores Básicos en Salud. (Ver anexo no. 7)

¹⁹. Castillo, Bermúdez j.. "El país no está libre de analfabetismo 2015". La Prensa

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Existen los indicadores ambientales elaborados con la participación de técnicos de las instituciones, compilados a través del Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARENA) mediante el Sistema de Información Nacional Ambiental (SINIA).

En el sistema se establecieron indicadores ambientales de calidad del agua, de cobertura de servicios, de polución a las aguas, de turismo, entre otros. Investigaciones operativas desarrollaron temas sobre 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 conoció través de la morbilidad y Atención Médica sin embargo no se desarrolló 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 Ministerio de Salud 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 Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) se registró que sólo el 31.1% de los hogares en Nicaragua tienen agua para beber dentro de sus viviendas.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

CAPITULO III. FINANCIAMIENTO AL SECTOR SALUD 2011-2015

El financiamiento al sector salud 2011-2015 del MHCP al MINSA lo hace a través de los fondos del P.G.R. el que tiene por fuentes: las rentas del tesoro, y rentas con destino específico, préstamos y las donaciones que el Estado de Nicaragua recibe, lo que se expresa a través de la siguiente tabla no. 3

Cuadro no 3. Ejecución del Gato total del MINSA (millones de córdobas)

Millones de Córdoba					
Concepto	años				
	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto anual	5875.9	7142.9	7950	9939.4	10956.8
Ejecución Total	5843.3	6991.3	7797.4	9793.6	10829.7
Saldo	32.6	151.6	152.6	145.8	127.1
Grado de ejecución (%)	99.4	97.9	98	98.5	98.8
Ejecucion de Gasto de Capital del MINSA					
Presupuesto anual	231.4	441.1	709.3	1141	1109.3
Ejecución devengado	218.8	374.1	612.7	1067.1	1034.3
Saldo	12.6	67	96.6	73.9	75
Grado de ejecución (%)	94.6	84.8	86.4	93.5	93.2
Ejecucion de Gasto Corriente del MINSA					
Presupuesto anual	5644.5	6701.8	7240.7	8798.4	9847.5
Ejecución devengado	5624.5	6617.2	7184.7	8726.5	9795.4
Saldo	20	84.6	56	71.9	52.1
Grado de ejecución (%)	99.6	98.7	99.2	99.1	99.4

Fuente: Elaboración propia MINSA

Para el período de 2011 a 2015 se aprecia en el cuadro anterior que el Ministerio de Salud recibió un total de 10,900 (diez mil novecientos millones de córdobas), provenientes los fondos del P.G.R. vía presupuesto, de los cuales se destinaron a los tres programas principales: Programa de comunicación y prevención de enfermedades 256,600 Programa de atención Integral en el primer nivel de atención 4.205,500 Programa de atención de salud hospitalaria 4.800 millones de córdobas.

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Cada total anual o transferencias recibidas vía P.G.R. – MINSA tienen diversas fuentes de financiamiento las que se destinan para la ejecución de los tres programas fundamentalmente que desarrolla el sistema de salud de Nicaragua, tales como: la promoción integral de la salud, primer nivel de atención y atención hospitalaria. Los totales asignados se pueden apreciar en el cuadro en orden de filas.(Ver cuadro no.4)

Cuadro no. 4. Financiamiento al Sector Salud por Programa 2011 al 2015

CONCEPTO	AÑOS					TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	
Desarrollar la promoción integral de la salud	162374	243078,00	283358,00	313137,00	405167,00	1.407.114,00
Primer Nivel de Atención	2,006,101.0	2,191,313.0	2,463,099.0	2,860,476.0	2,976,789.0	12,497,778.0
Atención Hospitalaria	2,624,916.0	3,025,285.0	3,599,172.0	3,951,493.0	4,005,667.0	17,206,533.0
Actividades Sedes Locales (SILAIS)	324.002,00	455.148,00	552.141,00	566.669,00	566.669,00	2,464,629.0
Fortalecer la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud	451.139,00	853.456,00	953.436,00	1,049,413.0	1,049,413.0	4,356,857.0
Fuentes de Financiamiento	AÑOS					TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	
Rentas del Tesoro	4,956,914.0	5,641,344.0	6,393,141.0	7,327,643.0	7,911,705.1	32,230,747.1
Restas con destino específico	68.518,00	75.363,00	83.653,00	92.855,00	92.000,00	412.389,00
Prestaciones	76,240.0	253,772.0	503,471.0	386,176.0	100,000.0	1,319,659.0
Donaciones	466,866.0	797,801.0	870,941.0	934,514,00	900,000.0	3,970,122.0
Total en miles de córdobas	5,568,538.0	6,768,280.0	7,851,206.0	8,741,188.0	9,003,705.1	37,932,917.1

Fuente: MINSA

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Este cuadro se ha diseñado con el objetivo de referir las partidas de asignación del PGR a los tres principales programas que desarrolla el MINSa para la ejecución de las acciones de cada programa. A continuación en el análisis de cada programa se analizarán como estas partidas el MINSa las destina a gastos de capital y corriente.

3.1 Financiamiento a la promoción de la salud y prevención de enfermedades

Este programa contempla las acciones dirigidas a implementar estrategias de promoción en salud, fomento en la educación y participación ciudadana en la salud para la prevención de enfermedades en conjunto con los diferentes niveles de atención médica desde la infancia hasta la vejez.

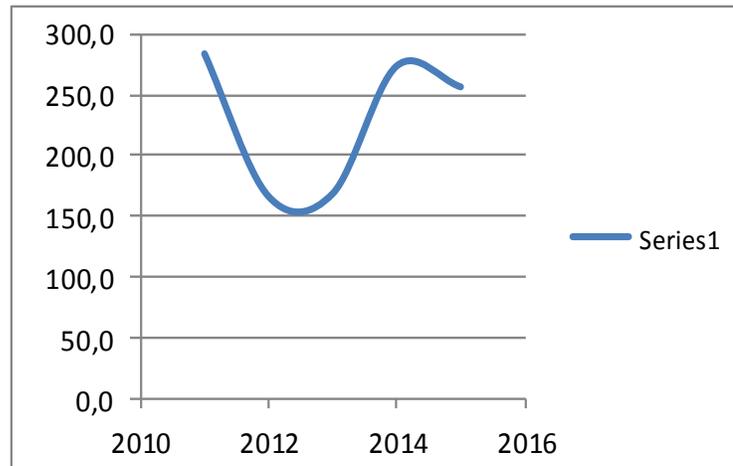
Dentro de las acciones que contempla este programa tenemos; vacunas desde la infancia hasta la vejez, abatizaciones, capacitación en el modelo MOSAFC, CDI/CICO, embarazadas, nutrición, jornadas de limpieza e higiene entre otras.

Para el cumplimiento de este programa, el MHCP asignó al MINSa fondos del PGR en el periodo 2011 - 2015 las siguientes cantidades de córdobas las que se representa en forma de tendencia y porcentualmente, lo que se puede apreciar en los siguientes gráficos.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.1.1 Tendencia a la Financiación por Partidas Totales: Gasto de Capital y Gastos Corriente

Gráfico no. 6 grafico de la tendencia del gasto corriente y capital



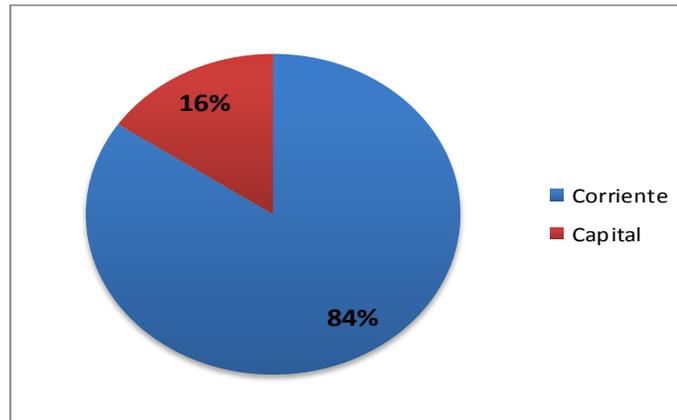
Fuente: MINSa

El grafico no. 6 permite apreciar la tendencia de las transferencias destinadas al programa 014 denominado “Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades”, el que muestra que en los años del 2011-2012 las transferencia descendieron como producto de que la partida a los gastos de capital descendieron de 122.7 millones de córdobas a 1.3 millones de córdobas, llegando al mínimo en el 2013 por falta de financiación , en cambio en el 2014 se observa una tendencia o nueva recuperación porque la financiación en ambos gastos incrementaron en una proporción mucho mayor en gastos corriente que en gastos de capital. (Ver tabla anexo no. 1).

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.1.2 Financiamiento por partidas totales en grado porcentual

Grafico no. 7 Gasto corriente y gasto de capital (%)



Fuente: MINSa

En cambio el grafico no. 7 expresa en términos porcentuales los resultados del gráfico no 6 quien demuestra la tendencia de la gastos totales asignados al programa 014 para gastos de capital y corriente en el período del 2011 y 2015 donde se observa una curva descendente debido a que los gastos de capital fueron menores en relación a los gastos corrientes, llegando al mínimo en el 2013 la inversión el gasto de capital, y a partir del 2014 al 2015 una curva ascendente debido a la recuperación de la designación a ambas partidas pero muy débil la asignación al gasto de capital, lo que permite justificar porque el grafico de pastel en términos porcentuales la región en color rojo representa que los gastos corrientes fueron 84% y el gasto de capital de 16%,. (Ver tabla anexo no. 1)

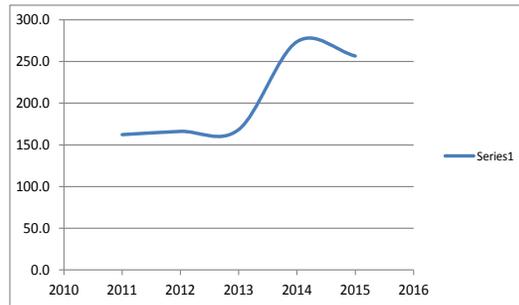
El programa 014 es el que menos asignación presupuestaria recibió durante el período 2011 – 2015 porque si bien el MHCP- MINSa considera que estas partidas son importantes y prioritarias para desarrollar sus acciones de servicios a la salud de la ciudadanía nicaragüense, refleja que la compra de recursos de estos servicios es de menores costos.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.1.3 Financiamiento por grandes rubros, tales como: servicios personales servicios no personales, materiales y suministros, bienes de usos y transferencias corriente:

3.1.3.1 Tendencias por rubros:

Grafico no. 8 de la Tendencia por rubro



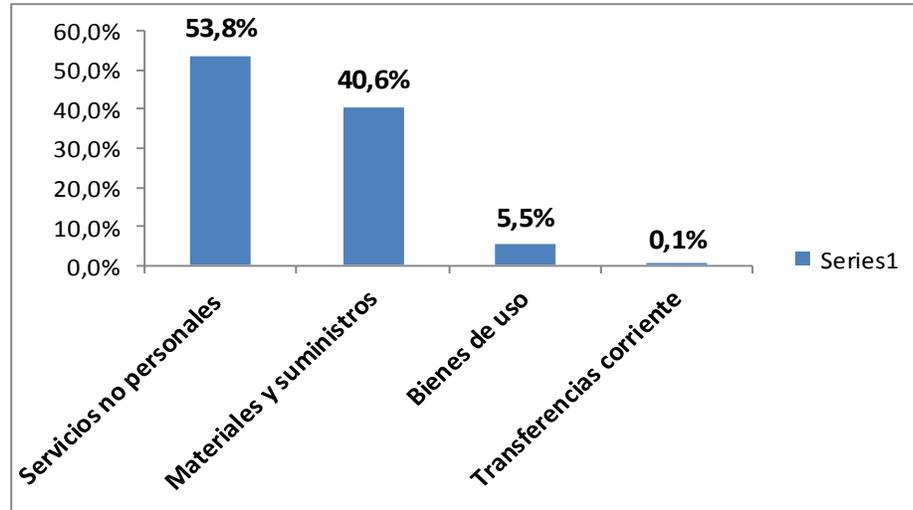
Fuente: MINSA

En el grafico no 8, se refleja la tendencia de los gastos en servicios no personales, bienes de uso, materiales y suministros y las transferencias corrientes en millones de córdobas del periodo del 2011 al 2015 para el desarrollo del programa 014 . En forma gráfica la curva tendencial entre los años 2011 al 2012 refleja que el gasto total de los cuatro rubros se mantuvo en grado constantes en términos promedio en 164.3 millones de córdobas, luego se observa en el 2013 hay un ligero aumento de 1.9 millones de córdobas, de ahí que la curva tenga un declive muy ligero, para luego comenzar una leve recuperación en los años entre el 2013 y el 2014 en 105.4 millones de córdobas, para luego entre los 2014 y el 2015 la curva se exprese una forma descendente en el sentido que la partida fue menor con respecto al 2014 de 17.2 millones de córdobas. (Ver tabla anexo no. 4).

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.1.3.2 Descripción por rubros (%)

Grafica no. 9 Gastos por rubros (%)



Fuente: MINSA

En el grafico no. 9 se puede apreciar que los gastos por rubros en términos porcentuales el de mayor representación fueron los gastos en servicios no personales en un 53.8%, siguiéndoles en 40.6% los gastos en materiales y suministros, y en menor proporción porcentual lo refleja la partida transferencias corrientes ya que no hubo asignación en los años 2011, 2012 y 2015. En conclusión el grafico expresa la tendencia de la partida total a gastos corriente en el período del 2011 al 2015 que fue mayor que a gastos de capital. (ver tabla anexo no.4)

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.2. Financiamiento a la atención integral en el primer nivel de atención

Comprende las acciones dirigidas a la recuperación y preservación de la salud de la población en general, desarrolladas en los sectores, centros de salud familiar y comunitaria; además se incluyen las acciones de apoyo al diagnóstico y la gestión técnica administrativa que realizan la red del Primer Nivel de Atención.

Dentro de las acciones de este programa tenemos; embarazadas, partos, atención puerperio, pruebas VHI, retrovirales, planificación familiar, exámenes pap (papanicolaou), TB, vacunas, consultas, entre otras.

En principio explicaremos los montos generales como son los valores de gasto de capital y gastos corrientes, los que se detallan en la grafica siguiente:

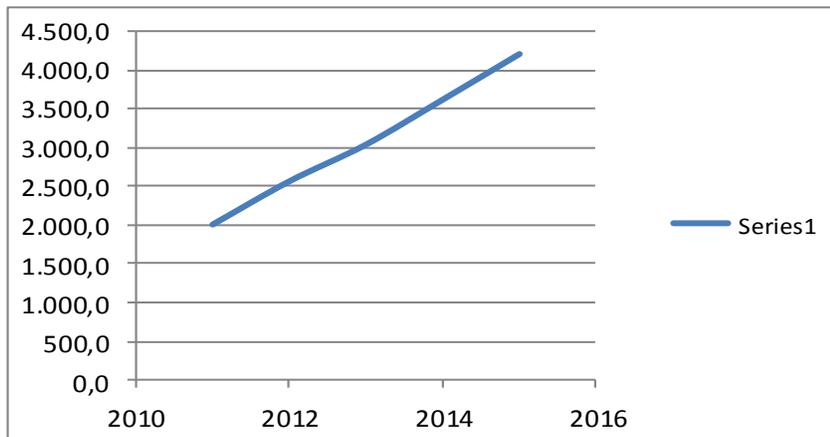
El financiamiento al programa de atención integral en el primer nivel de atención nos refleja que los gastos corrientes son más altos que los gastos de capital, debido a que el personal involucrado en la atención directa del paciente son muchos; desde el medico hasta el personal de la limpieza, todos ellos se necesitan para dar cobertura a la población, en donde hay que cubrir los gastos de sueldo, transporte, alimentación, con respecto al gasto de capital se refiere a la inversión en infraestructura, la cual se ejecuta dándole mantenimiento a los edificios.

Para el cumplimiento de este programa, el MHCP asigno al MINSA fondos del PGR en el periodo 2011 - 2015 las siguientes cantidades de córdobas los que se representa en forma de tendencia y porcentualmente, lo que se puede apreciar en los siguientes gráficos.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.2.1 Tendencia a la Financiación por Partidas Totales: Gasto de Capital y Gastos Corriente

Grafico no. 10 Tendencia del Gasto Corriente y Capital



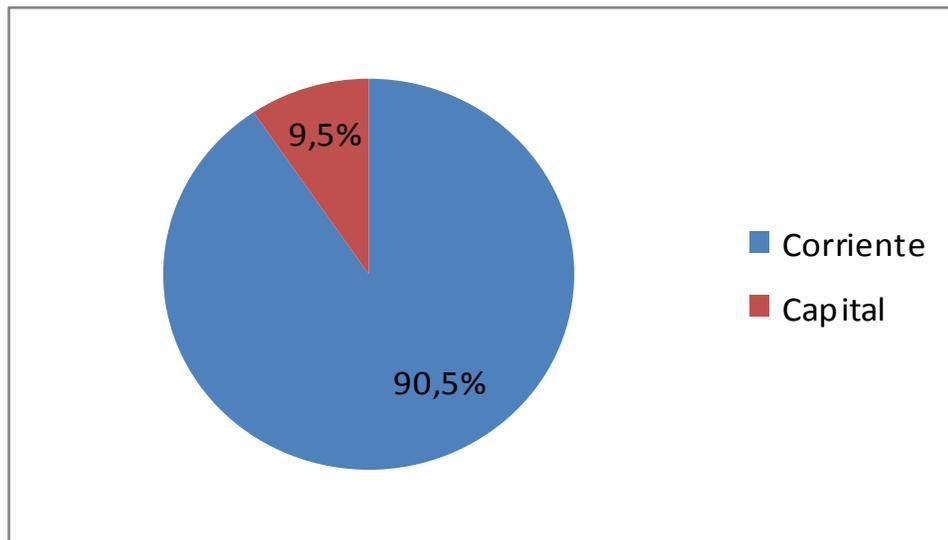
Fuente: MINSAs.

En la gráfica no.10 se observa la tendencia de la asignación total del gasto corriente y gasto de capital para el desarrollo del programa 016 el incremento de las partidas del 2011 al 2015 en términos promedio fueron de 3,086.0 millones de córdobas en grado constante. De ahí que la curva en toda su expresión es ligeramente creciente por lo tanto bastante inclinada. (Ver tabla anexo no. 2)

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.2.2 Financiamiento por partidas totales en grado porcentual

Grafico no. 11 Gasto corriente y gasto de capital (%)



Fuente: MINSA.

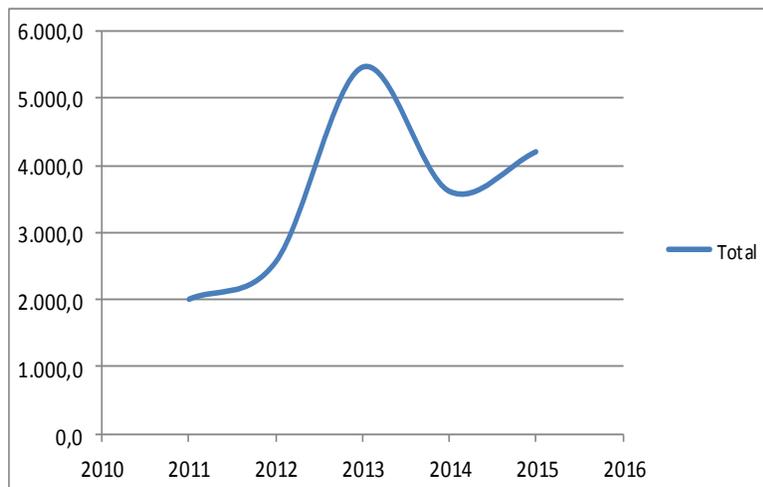
La presente grafica no. 11, presenta que el presupuesto asignado a este programa, el 90.5% se ejecuta a nivel del gasto corriente y el 9.5% al gasto de capital, siendo este programa el de mayor partida presupuestaria por la importancia de sus acciones. El porcentaje mayor a gasto corriente obedece a que las acciones del programa o la compra de servicios por gastos corrientes son consideradas de gran prioridad ya que van directa a la atención integral de la salud a la ciudadanía nicaragüense. (Ver tabla anexo no.2)

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.2.3 Financiamiento por grandes rubros, tales como: servicios personales, servicios no personales, materiales y suministros, bienes de usos y transferencias corrientes:

3.2.3.1 Financiación tendencial por rubro

Grafico no. 12 Tendencia del gasto total por servicios



Fuente: MINSAs

En el grafico no 12, se refleja la tendencia de los gastos en servicios no personales, bienes de uso, materiales y suministros y las transferencias corrientes en millones de córdobas del periodo del 2011 al 2015 para el desarrollo del programa 016. El grafico refleja entre el 2011 y 2012 presenta un ligera tendencia creciente porque las partidas en este periodo fueron relativamente menores en los serbios no personales, bienes de uso y trasferencias corrientes, en cambio del 2012 al año 2013 la curva expresa una tendencia creciente ya que los gastos en todos los rubros aumentaron las trasferencias. (Ver tabla anexo no.5)

Sin embargo del año 2013 al 2014 la curva expresa un ligero descenso porque los bienes de uso tuvieron una asignación bastante fuerte ya que pasaron de 2.698.0 millones de córdobas a 412.3 en el 2014. A partir del año 2014 a 2015 todos los rubros tuvieron una partida presupuestaria mayor lo que hace que tenga una forma

Bra. Ivania Maltez Miranda

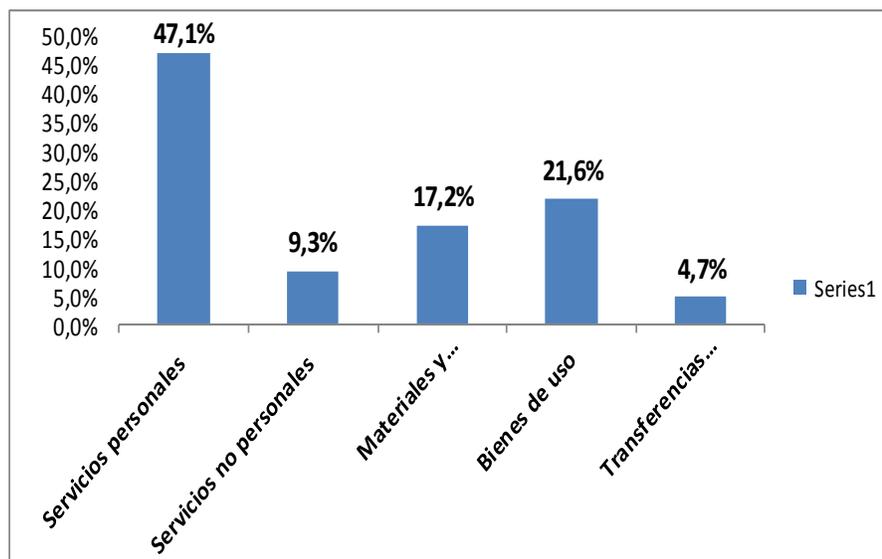
Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

ascendente. Si bien en términos promedio se puede observar los rubros que tuvieron menores partidas fueron servicios no personales, materiales y suministros y transferencias corrientes lo que va a justificar el comportamiento de la tenencia de curva por grandes rubros. (Ver tabla anexo no.5)

3.2.3.2 Financiamiento por rubro (%)

Grafica no. 13 Gasto por servicios (%)



Fuente: MINSA

La grafica no. 13, en forme de barra expresa en términos porcentuales que el rubro que mayor peso tuvo entre los años 2011 y 2015 en términos porcentuales fueron servicio personales con 47.1% y bienes de uso con 21.6%, siguiéndolo materiales y suministros 17.2% y en menor porcentaje fueron transferencias corrientes con 4.7%. El Programa 016 permite concluir que es el segundo de mayor partida presupuestaria ya que estos rubros van destinados a colaborar con el desarrollo del sector salud para que brinde una atención integral a la ciudadanía nicaragüense.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.3. Financiamiento a la atención de salud hospitalaria

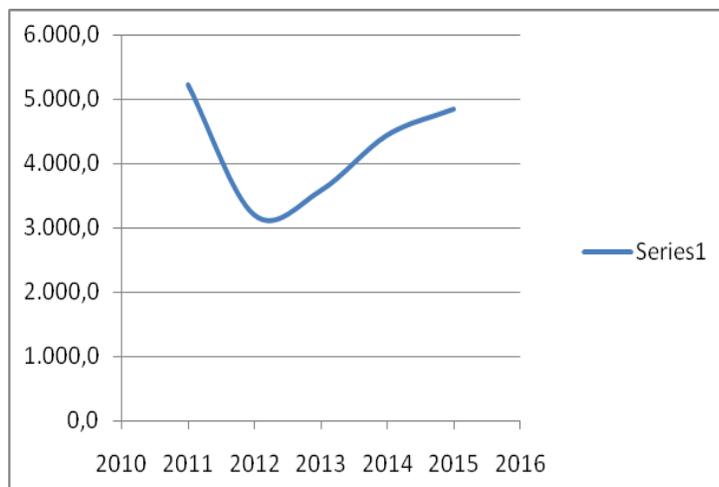
Programa orientado al restablecimiento de la salud mediante la recuperación de las características estructurales y funcionales normales de una persona, a través de la atención de la población en los servicios especializados de salud que requieren de alta complejidad tecnológica y atención en encamado, asegurando con ello la continuidad de la atención, a través de mecanismos de coordinación entre los prestadores de servicios de salud (referencias y contra referencias).

En las siguientes graficas se detalla los montos presupuestarios asignados al programa de atención de salud hospitalaria en los años 2011-2015, podemos observar que el gasto corriente siempre es más elevado que el gasto de capital, siendo este uno de los más importantes porque debe de pagárseles a todos trabajadores de la salud y garantizárseles los viáticos de alimentación y transporte.

Explicaremos los montos generales como son los valores de gasto de capital y gastos corrientes, y los de servicios, los que se detallan en la grafica siguiente:

3.3.1 Tendencia a la Financiación por Partidas Totales: Gasto de Capital y Gastos Corriente

Grafica No.14 tendencia del gasto corriente y capital



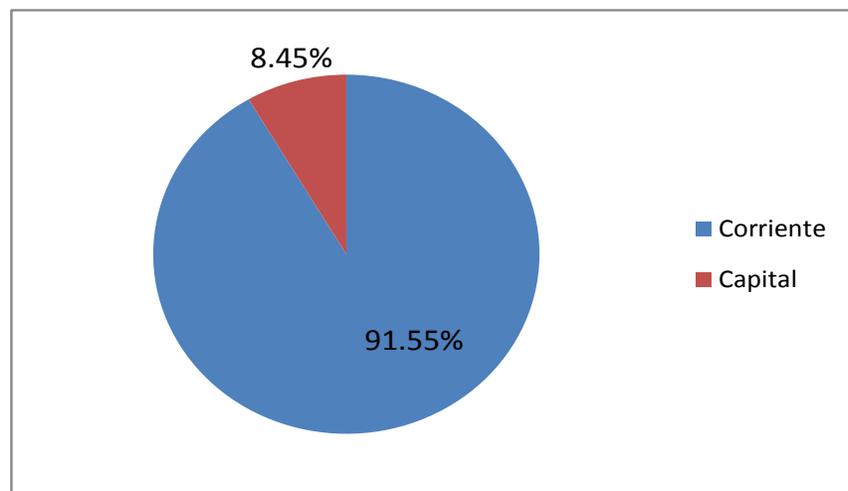
Fuente: MINSa

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

En la gráfica no.14 se observa la tendencia de la curva es descendente debido a que en los años 2011 a 2013 aproximadamente la inversión en servicios no personales, bienes de uso, y transferencias corrientes tuvieron partidas relativamente bajas, en cambio del año 2013 al 2015 va a tener una tendencia bastante creciente debido a que todas las partida a los cuatro rubros se incrementaron de forma continua cada año. (Ver tabla anexo no.3)

3.3.2 Financiamiento de gasto corriente y capital en grado (%)

Grafica no. 15 gasto corriente y de capital (%)



Fuente: MINSAs

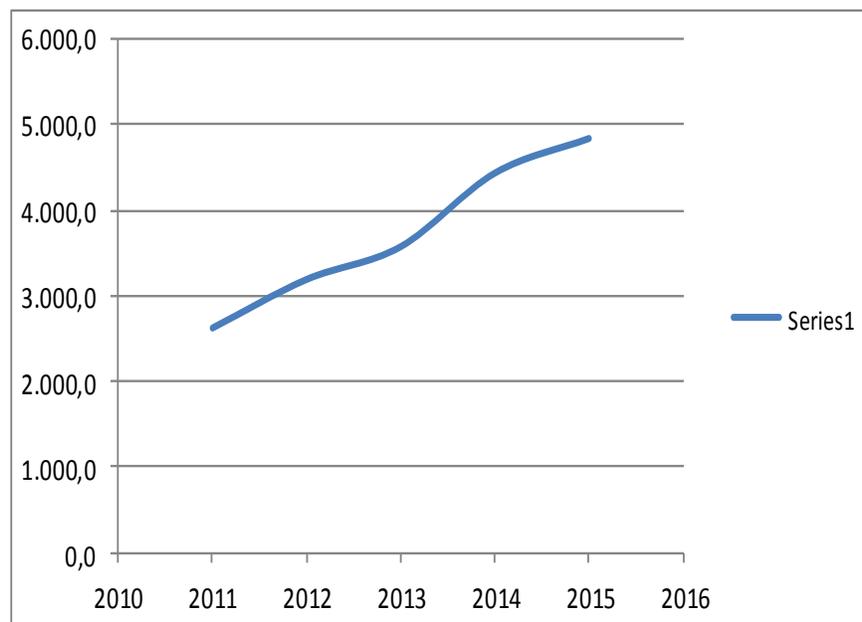
Se aprecia en el gráfico no.15 en forma de pastel (%) expresa en formas porcentuales durante el periodo 2011 a 2015 las mayores asignaciones del total de gasto corriente fueron mayores al gasto de capital, donde los primeros reflejados en la región azul tiene un peso del 91.55% en cambio la región roja representa un 8.45% de los gastos de capital.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Concluyendo que este programa es el de mayor asignación presupuestaria por las acciones que el programa ejecuta para este tipo de servicios. (Ver tabla anexo no.3)

3.3.3 Financiamiento por grandes rubros, tales como: servicios personales, materiales y suministros, bienes de usos y transferencias corrientes:

Grafica No.16 Tendencia del Gasto por Servicios



Fuente: MINSA

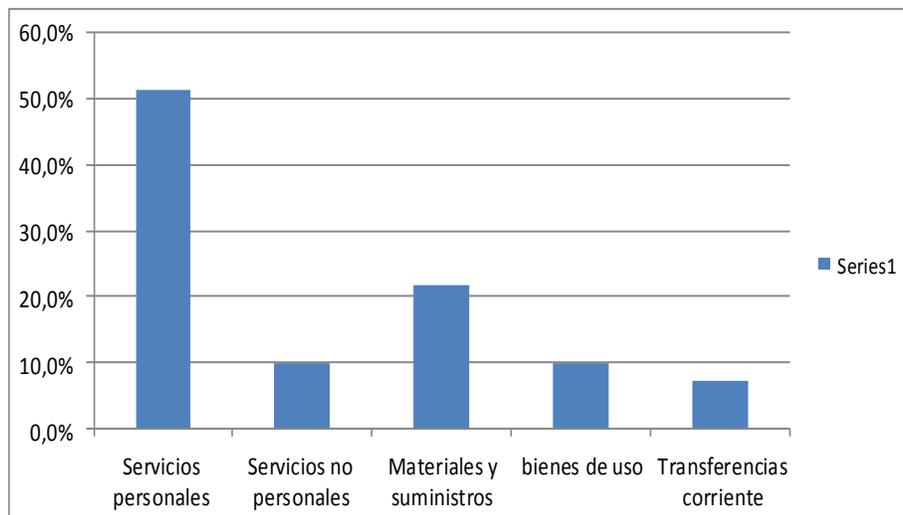
En el grafico no 16, se refleja la tendencia ascendente de las partida de los cuatro grandes rubros de los años 2011 a 2015, lo que en forme grafica geométrica la curva expresa una forma ascendente en toda su magnitud durante este periodo.

En términos promedio el de mayor asignación fueron los servicios personales y materiales y suministros y en menor partida los servicios no personales y bienes de uso. (Ver tabla anexo no.6)

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3.3.4. Financiamiento por grandes rubros, tales como: servicios personales, materiales y suministros, bienes de usos y transferencias corrientes:

Grafico no. 17 Gastos por servicios (%)



Fuente: MINSa

La grafica no. 17, expresa en términos porcentuales la asignación de las partidas de los cuatro grandes rubros durante el periodo del año 2011 a 2015. En el gráfico de barra se puede observar que el rubro que tuvo mayor peso fue el de servicios personales con 50% y el segundo materiales y servicios con 20%, y los de menores partidas fueron servicios no personales, bienes de uso y las trasferencias corrientes. (Ver tabla anexo no.6)

El programa 017 es el de mayor asignación presupuestaria por las acciones que el sector salud ejecuta para brindar los servicios fundamentales como es la atención hospitalaria basados en los principios de equidad, calidad y calidez universalmente a la ciudadanía nicaragüense. , para este tipo de servicios que el sector salud brinda a la ciudadanía, considerando que estos servicios son los de mayor costo que los dos primeros programas brindan.

CONCLUSIONES

1. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Por tanto responde a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Y por ende es un Modelo de Salud enfocado a la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia nicaragüense, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas al control del medio ambiente.

2 El modelo de salud de Nicaragua está basado en la Declaración de Alma Ata, donde se promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud, naciendo desde este momento el concepto de Atención Primaria de Salud, como estrategia tendiente a buscar “Salud para todos en el año 2000”, adoptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales. No obstante desde el año 1986 que se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el Canadá, donde se firmara la Carta de Ottawa que definió la promoción de la salud como “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

3. El modelo económico, el marco de políticas públicas y el crecimiento demográfico constituyen las principales fuerzas que determinan el desarrollo del país porque permiten elevar la calidad de vida de las personas y por ende la situación de salud de la población en general, para lo que se necesita incremento continuos y buen manejo de la asignación de recursos financieros para la salud pública fuerzas que contienen los grandes determinantes que conducen a todos los pueblos del mundo a reformar el sistema de salud.

4 La investigación realizada, ha permitido encontrar que los servicios de salud como la promoción de la salud y prevención de enfermedades, primer nivel de atención, atención hospitalaria, la ampliación de infraestructura, el abastecimiento de medicamentos y recursos profesionales en materia de salud, es un escenario donde refleja que las metas nacionales propuestas por el GRUN y que a través del MINSA y otras instituciones se han logrado en la mayoría los objetivos.

5 Las fuentes de financiación para el desarrollo para el desarrollo del Modelo de Nicaragua denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene las siguientes fuentes: rentas del tesoro, rentas con destino específico, donaciones y, prestaciones del exterior.

6 El conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones respecto a los recursos del sector de la salud y permite evaluar la equidad y la eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos. Las modificaciones en el financiamiento del sector de la salud han sido un componente sustancial de los procesos de reforma del sector salud en Nicaragua. El objetivo explícito ha pasado de uno que buscaba exclusivamente la sostenibilidad financiera a otro que busca, simultáneamente, el acceso equitativo a servicios de calidad.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

7 El programa 014 es el que menos asignación presupuestaria recibió durante el período 2011 – 2015 porque si bien el MHCP- MINSA considera que estas partidas son importantes y prioritarias para desarrollar sus acciones de servicios a la salud de la ciudadanía nicaragüense, refleja que la compra de recursos de estos servicios son de menores costos.

8 El Programa 016 permite concluir que es el segundo de mayor partida presupuestaria ya que estos rubros van destinados a colaborar con el desarrollo del sector salud para que brinde una atención integral a la ciudadanía nicaragüense.

9 El programa 017 es el de mayor asignación presupuestaria por las acciones que el sector salud ejecuta para brindar los servicios fundamentales como es la atención hospitalaria basados en los principios de equidad, calidad y calidez universalmente a la ciudadanía nicaragüense. , para este tipo de servicios que el sector salud brinda a la ciudadanía, considerando que estos servicios son los de mayores costos que los dos primeros programas brindan.

10 Nicaragua ha avanzado en los 8 primeros objetivos del MILENIO que están encaminados para establecer condiciones de desarrollo económico que genere empleo productivo y digno para que coadyuve a la reducción de la pobreza extrema. Nicaragua es uno de los países de América Latina que ha mostrado más avances en cuanto al cumplimiento de los ODM, varios organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) reconoce que Nicaragua ha venido reduciendo sustancialmente los indicadores de pobreza, hambre, desnutrición. Asimismo la Organización Mundial para la Salud (OPS) registra que hemos avanzado en la salud con una atención gratuita e inclusiva para la población, mejoramiento de infraestructura hospitalaria en el país entre otros temas.

RECOMENDACIONES

El Sistema Nacional de Salud, actualmente desarticulado, debe unificarse y fortalecerse. La primera recomendación específica es la necesidad de dar continuidad a la implementación de la Política y Plan nacional de salud definidos para el periodo 2015 al 2020, así como estrategias y programas que han demostrado su efectividad. Ya que a través de las políticas y el plan nacional de salud han identificado como retos la creación de mecanismos de articulación sectorial, la implementación efectiva de la descentralización y la mejoría de la capacidad gerencial y liderazgo de las instituciones del sector.

Se requiere de un reordenamiento de la prestación de los servicios de salud, incluyendo la revisión de las modalidades más adecuadas. Es necesario articular y redefinir el papel del MINSA, INSS, y otras instituciones que apoyan el desarrollo del sector de la salud en la prestación de servicios. A la vez hay que implementar estrategias efectivas para alcanzar a las poblaciones altamente dispersas y revisar el impacto que está teniendo la focalización municipal, ya que importantes grupos de población de bajos recursos en municipios no priorizados están siendo excluidos de los servicios.

Dado el gran peso de los determinantes ambientales y sociales en la salud, se requiere de definir e implementar políticas de salud pública que trasciendan el ámbito del sector salud ya que una gran parte de los problemas de salud del país son causados o condicionados por factores ubicados fuera del ámbito del sector salud. Es fundamental promover reforzar la implementación la política nacional de promoción de la salud, de manera que se puedan implementar con fuerza las iniciativas de promoción de espacios saludables y de estilos de vida saludables.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Otras políticas de salud pública, necesarias para crear las condiciones de generar, recuperar y mantener la buena salud en términos equitativos para la población, deberían estar dirigidas a: promover el desarrollo económico sostenible, estimular el desarrollo turístico saludable, Elevar el nivel educativo de la población, incluyendo la alfabetización y recuperación del retraso educativo en los actualmente excluidos, Promover espacios saludables y seguros, Promover una vida laboral saludable, e Incrementar la actividad física de la población, Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional,etc.

Se necesita proteger los logros alcanzados, por ejemplo en el tema de inmunizaciones, y proteger los programas prioritarios, tales como salud de la mujer, la niñez y adolescencia y sus respectivas estrategias, programas de prevención y control de enfermedades de transmisión vectorial, de tuberculosis y de VIH/SIDA. Hay que fortalecer los programas de atención al medio ambiente, a la seguridad alimentaria y nutricional, y de prevención y control de las intoxicaciones. Nuevos desafíos son el fortalecimiento de los programas de atención a las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer), la discapacidad, las lesiones y la violencia. Reforzar la vigilancia de enfermedades y eventos priorizados es fundamental

Nicaragua como estado deberá informar a las Naciones Unidas sobre el grado de cumplimiento de estos Objetivos, conviene recordarlos para que los especialistas de las diferentes organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en campos relacionados con los ODM hoy ODS, lleven a cabo investigaciones serias para constatar su grado de cumplimiento con el apoyo del actual gobierno de Nicaragua y las instituciones nacionales que apoyan el desarrollo del sector salud.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Según la ONU de acuerdo al Informe de 2015 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha concluido que el esfuerzo dedicado durante 15 años a conseguir los ocho objetivos a los que se aspiraba en la Declaración del Milenio en el año 2000 han tenido un éxito considerable en todo el mundo, aunque reconoce las deficiencias que perduran. Los datos y el análisis presentado en el Informe, demuestran que con intervenciones dirigidas a grupos específicos, estrategias bien fundadas, recursos adecuados y voluntad política, incluso los países más pobres pueden progresar.

“Gracias a la obtención de logros profundos y continuos, ahora sabemos que la extrema pobreza podría erradicarse en la próxima generación”, ha afirmado Ban Ki-moon. “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han contribuido en gran medida a estos progresos y nos han enseñado cómo los gobiernos, las empresas y la sociedad civil pueden trabajar juntos para lograr avances transformadores.”

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

A N E X O S

Anexo no.1 Programa 014 promoción de la salud y prevención de enfermedades
Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	total	Promedio	peso
Corriente	161.3	164.9	168.4	223.4	252.6	970.6	194.1	84%
Capital	122.7	1.3	0	50.4	4.1	178.4	35.7	16%
total	283.9	166.2	168.4	273.8	256.6	1,149	229.8	

Fuente: MINSAs

Anexo no.2 Programa 16 atención integral en el primer nivel de atención
Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	total	Promedio	peso
Corriente	1,883.4	2,345.5	2,763.9	3,196.0	3,780.2	13,969.0	2793.8	90.5%
Capital	122.7	218.0	273.8	421.2	425.4	1,461.1	292.2	9.5%
Total	2,006.1	2,563.5	3,037.7	3,617.2	4,205.6	15,430.1	3086.0	

Fuente: MINSAs.

Anexo no. 3 Programa 017 atención de salud hospitalaria
Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	total	Promedio	peso
Corriente	5,207.6	2,949.2	3,250.4	3,923.2	4,140.7	19,471.0	3894.2	91.55%
Capital	11.7	244.0	326.0	513.7	700.6	1,796.0	359.2	8.45%
Total	5,219.3	3,193.1	3,576.4	4,436.9	4,841.3	21,267.1	4253.4	100.00%

Fuente: MINSAs.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Anexo no.4 Promocion de la salud y prevencion de enfermedades

Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	promedio	peso
Servicios no personales	81.6	91.4	100.7	130.9	147.8	110.5	53.8%
Materiales y suministros	79.7	73.5	67.2	92.0	104.8	83.4	40.6%
Bienes de uso	1.1	1.3	0	50.4	4.1	11.4	5.5%
Transferencias corriente	0	0	0.5	0.5	0	0.2	0.1%
TOTAL	162.4	166.2	168.4	273.8	256.6	205.5	

Fuente: MINSA.

Anexo no.5 Atencion integral en el primer nivel de atencion

Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	promedio	peso
Servicios personales	1,222.2	1,459.9	1,623.6	1,893.5	2,218.8	1,683.6	47.1%
Servicios no personales	183.2	318.0	291.6	413.6	448.5	331.0	9.3%
Materiales y suministros	381.8	460.0	669.9	686.2	876.9	615.0	17.2%
Bienes de uso	122.3	212.4	2,698.0	412.3	419.3	772.9	21.6%
Transferencias corriente	96.6	113.3	182.7	211.7	242.1	169.3	4.7%
Total	2,006.1	2,563.5	5,465.9	3,617.2	4,205.6	3,571.7	

Fuente: MINSA

Anexo no.6 Atencion de la salud hospitalaria

Millones de cordobas

	2011	2012	2013	2014	2015	promedio	peso
Servicios personales	1,464.0	1,588.1	1,818.5	2,253.2	2,463.4	1917.5	51.3%
Servicios no personales	244.0	381.3	349.0	393.3	482.2	370.0	9.9%
Materiales y suministros	577.4	732.5	801.9	984.9	949.1	809.2	21.7%
bienes de uso	116.2	243.0	323.6	512.0	661.6	371.3	9.9%
Transferencias corriente	223.2	248.3	283.3	293.5	285.0	266.7	7.1%
Total	2,624.9	3,193.1	3,576.4	4,436.9	4,841.3	3734.5	

Fuente: MINSA

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Anexo # 7. Actores y sus intervenciones

Instituciones	Objetivos / Funciones
MIFAMILIA, INSS, Cooperación Internacional y Ejército 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.

Fuente: OPS.

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Anexo no.8 Mapa Simbólico de la distribución de los SILAIS en los 15 departamentos y las dos regiones especiales.



Departamentos	Capital SILAIS	Regiones Especiales	
Managua	Managua	RAAN	RAAS
Masaya	Masaya		
León	León		
Granada	Granada		
Carazo	Jinotepe		
Estelí	Estelí		
Rivas	Rivas		
Chinandega	Chinandega		
Chontales	Juigalpa		
Matagalpa	Somoto		
Matagalpa	Matagalpa		
Nueva Segovia	Ocotal		
Boaco	Boaco		
Río San Juan	San Carlos		

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

BIOGRAFIA

Ilepp. (2014). *Presupuesto general de la república 2014*. Obtenido de <http://www.ilepp.org/wp-content/uploads/downloads/2014/05/ileppPresupuestoGeneral290514web.pdf>

(OPS/OMS) (Mayo de 2016). *MINSa profundiza en temas sobre la mejora del estado de salud de la mujer*. Recuperado el 2017, de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=781:nicaragua-profundiza-en-temas-sobre-la-mejora-del-estado-de-salud-de-la-mujer&Itemid=244

Dinarte M. (2015). *Estudio de Gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*. Recuperado el 2017, de <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%3%BAblico%20en%20Salud.pdf>

Gobierno Nacional. *"Plan Nacional de Desarrollo Humano". 2008-2015*. (Abril de 2008). Recuperado el 2017, de <http://www.pndh.gob.ni/documentos/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%20Humano%202008-2012-Nicaragua.pdf>

Informe de logros del Gobierno Nacional. (Julio de 2010). Obtenido de http://www.laluchasigue.org/index.php?option=com_content&view=article&id=432:nicaragua-triunfa&catid=67:documentos&Itemid=193

Gobierno nacional. *Informe de Liquidación del Presupuesto General de la República 2015*. (Marzo de 2016). Obtenido de <file:///C:/Users/Ivania/Downloads/Informe%20de%20Liquidacion%20del%20Presupuesto%20General%20de%20la%20Republica%202015.pdf>

Chávez, H. B. (s.f.). *LA ECONOMÍA MEXICANA. CRISIS Y REFORMA ESTRUCTURAL. 1984-2006*. Recuperado el Febrero de 2017, de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/383/DESARROLLO%20ECONOMICO%20Y%20DEMOCRACIA.htm>

COPADE. (Junio de 2009). *Proyecciones macroeconómicas 2010-2014*. Recuperado el 2017 de mayo, de <http://www.copades.com.sv/uploaded/content/category/1360248024.pdf>

Bra. Ivania Maltez Miranda

Bra. Claudia Raquel Ruiz López

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Diario, E. N. (Junio de 2016). *Cinco objetivos claves para un mejor futuro de la niñez nicaragüense*. Recuperado el 2017, de <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/394173-cinco-objetivos-claves-mejor-futuro-ninez-nicaragu/>

Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. (Diciembre de 2015). “ *El Presupuesto Público Federal para la FUNCIÓN SALUD, 2015-2016*”. Recuperado el Febrero de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>

Expansion/Datos Macros.com. (s.f.). *Bolivia - Gasto público Salud*. Recuperado el Febrero de 2017, de <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/bolivia>

Humano, C. (2010). *MIDEPLAN*. Recuperado el 2017, de <https://www.mideplan.go.cr/pnd-1998-2002/Plan19982002/capitalhumano.htm>

La Prensa. (02 de Febrero de 2014). *La canasta básica y el salario mínimo*. Obtenido de <http://www.laprensa.com.ni/2014/02/04/opinion/181042-la-canasta-basica-y-el-salario-minimo>

La Prensa. (10 de Abril de 2015). *El país no está libre de analfabetismo*. Obtenido de <http://www.laprensa.com.ni/2015/04/10/nacionales/1812543-el-pais-no-esta-libre-de-analfabetismo>

mideplan. (2013). *Ministerios de la Presidencia y Planificación. Capital humano. MIDEPLAN. 2010*. Recuperado el 2017, de Lineamientos Generales para Reorganizaciones Administrativas:
<https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/29f66ac8-c0f2-4a49-97a0-85980a4de5fd/Lineamientos-generales-reorgan-admin-2010.pdf?guest=true>

Ministerio de Salud (MINSa). (Julio de 2008). *Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)*. Recuperado el 2017, de https://mhps.net/?get=193/1372063779-Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. (Octubre de 2003). *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social*. — San José, C.R. : OPS, 2003. 44 p. ; 28 cm. Recuperado el 2017, de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/gasto.pdf>

Asignación de recursos financiero en los servicios de salud pública
de Nicaragua, en el periodo 2011-2015

Gobierno Nacional (2016). *Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=270&Itemid=

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *Estrategias de Comunicación para la Salud Integral en la Infancia: Guía Metodológica para su Desarrollo*. Recuperado el 2017, de GUÍA METODOLÓGICA PARA SU DESARROLLO: http://www.paho.org/can/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=regional-documents&alias=6566-estrategias-de-comunicacion-para-la-salud-integral-en-la-infancia-2005&Itemid=308&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2008). *“Perfil de Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Obtenido de <file:///C:/Users/Ivania/Downloads/Perfil%20de%20los%20sistemas%20de%20salud%20de%20Nicaragua.pdf>

La Prensa. Salud tiene apenas 3.59 por ciento del PIB 2016. (2016). *La prensa*. Recuperado el diciembre de 2016, de <http://www.laprensa.com.ni/2015/12/09/nacionales/1951197-salud- apenas-3-59-ciento-del-pib-2016>

Unicef. (2008). NICARAGUA. *Programa Conjunto de Género denominado: “De la Retórica a la Realidad: Hacia la Equidad de Género y empoderamiento de las Mujeres a través de la participación y prácticas de género en los Presupuestos Públicos”; 2008-2011*. . Recuperado el 2017, de https://www.unicef.org/evaldatabase/index_67729.html

Unidad Nicaragua Triunfa. (28 de Mayo de 2006). *PROGRAMA DEL GOBIERNO DE RECONCILIACION Y UNIDAD NACIONAL*. Recuperado el 2017, de <http://www.nicaraguatriunfa.com/propuestas.html>