

UNIVERSIDAD NACIONAL DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "CARLOS FONSECA AMADOR"
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
AÑO DE LA MADRE TIERRA.

Seminario de graduación para optar al título de Licenciatura en
Economía.

Tema: Política Fiscal en Nicaragua.

Subtema: "Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión
Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el
primer semestre 2015".



SUSTENTANTES:

Br. SINDY ANIELKA ARAGÓN RUEDA.

Br. MARTA VIRGINIA SOSA ROJAS.

Tutor: Ms. Adrián Chavarría.

Managua, Nicaragua. 2016.

INDICE

Introducción.....	3
Formulación del problema.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Sistematización del problema	7
Hipótesis.....	8
<u>Objetivos</u>	
General y Específicos.....	9
Diseño Metodológico.....	10
Justificación.....	12
<u>Marco Referencial</u>	
Marco Conceptual.....	14
Marco Teórico.....	19
El marco jurídico de la salud en Nicaragua.....	15
<u>Capítulo I. Programa de Inversiones Públicas</u>	
1.1 Programas de inversión Pública en el sector Salud.....	28
1.1.1 Presupuesto del MINSA.....	30
1.1.2 Presupuesto del Minsa como % del PIB.....	35
1.2 Porcentaje de ejecución de los tipos de gasto.....	37
1.3 Fuentes de Financiamiento del Minsa.....	40
1.4 Órganos Financiadores.....	46
<u>Capitulo II. Ejecución de los Programas de Inversión Pública del Minsa 2015</u>	
2.1 Asignaciones presupuestarias del 2010 al I semestre 2015.....	53
2.2 Ejecución de los Programas de Inversión Pública del Minsa.....	65

Capítulo III. Nivel de Eficiencia y Eficacia de la Inversión del Gasto Público en Salud

3.1 Nivel de Eficiencia y eficacia de la inversión en el sector salud.....	71
3.2 Elementos Principales tomados en cuenta para que la inversión en el sector Salud sea Eficaz.....	74
3.3 Principales características de servicios de salud.....	75
3.4 División de Centros construidos en Nicaragua 2011-2015.....	75

Capítulo IV. Efectos Económico Sociales de la Inversión Pública del Minsa

4.1 Gasto en Salud como % del Gasto Social.....	81
4.3 Gasto per cápita en salud.....	82
4.4 Impacto social.....	83
4.5 Grupos de Población beneficiadas con el mejoramiento de infraestructura del sector salud.....	86
4.6 Beneficios Económico Sociales que provoca el incremento de infraestructura en el sector salud.....	86
4.7 Abordaje integral y eficaz de la salud para la sociedad.....	87
Conclusiones.....	91
Recomendaciones.....	93
Bibliografía.....	94
Anexos.....	96



DEDICATORIA

El presente Seminario de Graduación lo dedico primeramente a Dios ya que es gracias a mi Señor que he logrado llegar hasta este momento, gracias a El que preparó mi camino y estuvo a mi lado en cada momento de mi vida recorrida.

A mi esposo Vladimir Martínez y mi bella princesa Natalia Martínez quienes han sido mi mayor bendición, mi sostén y quienes jamás me dejaron caer, gracias porque ustedes han estado conmigo y me han brindado su amor y su tiempo, principalmente mi esposo que ha creído en mí y me ha apoyado siempre.

A mis padres Marlene Rueda y Armando Aragón quienes siempre estuvieron ahí en mis momentos y apoyándome siempre sin importar las circunstancias, gracias madre porque sin usted esto no hubiese sido posible, gracias por todos los sacrificios.

A mis hermanos Arelis, Enmanuel, Kevin y Diego quienes son y han sido parte importante de cada triunfo que he logrado, gracias hermanos porque siempre están ahí para mí, los amo.

A mi compañera Marta Sosa porque has sido parte importante de este logro y de este recorrido de formación profesional.

A nuestro tutor Adrián Chavarría por el tiempo en el seguimiento y apoyo en la realización de este seminario.

Sustentante: Sindy Anielka Aragón Rueda.



DEDICATORIA

El presente seminario lo dedico de manera principal a mi Padre Dios que ha sido el pilar fundamental en mi vida, que me ha dado la fuerza para recorrer estos años de estudios universitarios culminando en estos momentos la primera etapa de mi vida profesional, gracias infinitas a él por la oportunidad que me ha brindado de estar en esta prestigiosa universidad y ser una profesional.

A mis abuelitos Arístides Rojas (q.e.p.d) y Clara de Rojas que han estado allí en cada momento de mi vida siendo mi apoyo en todos los peldaños que he escalado, gracias por confiar en mí. A mi madre Noemí Rojas y a mi padre Rubén Sosa (q.e.p.d) por ser mi motivación de esfuerzo y ser alguien en la vida.

A mis hermanos de manera muy especial a Rubén Sosa que has estado en la distancia pero eres un apoyo muy esencial en mi vida y a mi futuro esposo Cesar López por apoyarme en todo momento y sin importar las circunstancias gracias por tu apoyo incondicional.

A mi compañera Sindy por ser parte esencial de este arduo trabajo que hemos compartido por muchos años en esta carrera y ahora juntas defender lo que tanto anhelamos nuestro título universitario. A cada uno de nuestros maestros que en tantos años nos han brindado sus conocimientos y especialmente nuestro tutor Ms. Adrián Chavarría por su seguimiento y apoyo en este trabajo de seminario de graduación.

Gracias a Dios y a estas personas mis sueños de ser profesional se está cumpliendo.

Sustentante: Marta Virginia Sosa Rojas



INTRODUCCIÓN

El presente seminario de graduación se fundamenta en la elaboración de un análisis de los programas de inversión pública que tiene el MINSA período del 2010 al primer semestre del 2015, así como el porcentaje de ejecución que cada uno de ellos tuvo y los efectos económicos y sociales que estos tienen sobre la población.

El primer capítulo describe las asignaciones presupuestarias que recibió el Minsa para la ejecución de sus proyectos o de los programas de inversión pública del Minsa, que porcentaje es el destinado a inversión en Salud, el origen financiero que tienen algunas de estas inversiones.

El segundo capítulo presenta un análisis del nivel de ejecución de los programas. El capítulo tres contiene un análisis del nivel de eficiencia y eficacia de la inversión que el gasto público ha desarrollado sobre el Sector Salud en el mantenimiento de la infraestructura y en avanzar así en la restitución de los derechos sociales, económicos y culturales del pueblo. Un último y cuarto capítulo contiene una valoración de los efectos económicos y sociales que los proyectos o programas realizados por el Minsa ha tenido en la sociedad y la economía durante el periodo analizado. Al final se encuentran las conclusiones y recomendaciones.

Cuando los Gobiernos no se preocupan por aumentar la calidad y la cobertura de los servicios de salud, la atención es escasa y limitada y esto afecta a la población es por esto que el gasto social debe estar orientado a formar las capacidades básicas de las personas, estas son indispensables para lograr una vida digna, sana y prolongada.



Formulación del Problema.

¿La inversión en salud en Nicaragua del período 2010 hasta 1 Semestre 2015 ha obtenido suficientes recursos para lograr la cobertura de la ejecución de los programas de inversión pública en Salud?

¿El nivel de ejecución de los programas de inversión pública satisface la cobertura de la demanda de infraestructura?



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Nicaragua es un país que viene acumulando históricamente una serie de déficits en salud, entre ellos están las profundas desigualdades en el acceso a los servicios de salud, la educación, la tenencia de la tierra, el acceso a mercados; la magnitud de la pobreza que es mayor en las áreas rurales, en las zonas con población mayoritariamente indígena como las Regiones Autónomas y en las familias dirigidas por mujeres, especialmente.

Nicaragua es uno de los países más pobres de América y con una de las mayores desigualdades entre quienes tienen y quienes no tienen. Su población es mayoritariamente joven, pero su perfil poblacional está cambiando hacia una población mayor, en edad económicamente activa.

En términos generales, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud, en los Gobiernos anteriores entre 35 y 40% de la población no tiene acceso a servicios de salud. Incide en esto la escasez de unidades de salud con relación a la población, la concentración de éstas en algunas áreas del país y la distancia entre las comunidades, entre otros factores.

e hace necesario obtener suficientes recursos para lograr la cobertura de la ejecución de los programas de inversión pública en salud y que su nivel de ejecución satisfaga la demanda de infraestructura en salud del Minsa.

El niño que padece de desnutrición crónica, limita de forma definitiva sus posibilidades de desarrollo físico e intelectual y se condena a situaciones de pobreza y marginación, perpetuando el ciclo de la pobreza. Durante los Periodos de los gobiernos anteriores el sistema de Salud no contaba con la infraestructura suficiente para dar respuesta a las necesidades de la población y estuvo concentrado fundamentalmente en las cabeceras departamentales, en la zona pacífica del país.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de
Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

La atención en salud en el actual gobierno ha sido una de las áreas insignia de que la salud será gratuita incluyendo medicamentos y ofrecimiento de un aumento considerable en el gasto, que incluye además mejoramiento de la infraestructura y mejor acceso a la salud en lugares lejanos.



SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.

1. ¿Cuáles fueron las asignaciones presupuestarias que recibió el Minsa de parte del gobierno para la ejecución de sus proyectos?
2. ¿Cuál ha sido el nivel de ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa desde el año 2010 al 1er semestre 2015 y cuáles han sido las fuentes de financiamiento del Minsa en este período?
3. ¿Qué nivel de eficiencia y eficacia ha tenido la inversión del gasto en Salud?
4. ¿Cómo han sido los efectos económicos y sociales de la Inversión Pública del Minsa en la sociedad y en la economía?



HIPOTESIS

Las asignaciones presupuestarias para programas de Inversión Pública en el Minsa, han sido suficientes para mejorar el nivel de atención a la población.



➤ **OBJETIVO GENERAL.**

- Analizar el nivel de ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del MINSA del Período 2010 hasta primer semestre 2015.

➤ **OBJETIVO ESPECIFICOS.**

- Describir las asignaciones presupuestarias del Gobierno para la ejecución de sus proyectos y programas de Inversión Pública del Minsa.
- Analizar el nivel de ejecución de los programas de Inversión pública del Minsa y destacar las fuentes de financiamiento del Minsa en el período 2010 al primer semestre de 2015.
- Analizar el Nivel de eficiencia y eficacia de la Inversión del Gasto Publico en salud.
- Valorar los efectos Económicos y Sociales de la Inversión Pública del Minsa.



DISEÑO METODOLÓGICO.

El seminario de graduación pretende analizar los programas de inversión pública del MINSA, para tal efecto análisis se revisará los informes de asignaciones presupuestarias de los proyectos o programas ejecutados y programados por parte del MINSA en el período del 2010 al primer semestre 2015, se realizará una recolección de datos e información de tipo no experimental basada en el análisis de lo investigado.

Se utilizó en este caso un enfoque cuantitativo y cualitativo ya que sus características de recolección de datos y análisis estadístico permitirán una mejor comprensión de los resultados del tema, permitirán examinar datos de forma numérica realizados gracias a los resultados obtenidos en la investigación permitiendo una mejor comprensión de los mismos.

Se aplicó un método deductivo analítico en vista que a partir de la investigación y observación realizada del tema tratado, se llega a cumplir con los objetivos planteados a través del razonamiento en este caso de la inversión en Infraestructura que ha venido implementando el Minsa en el último período 2010-2015.

El tipo de estudio de este trabajo documental ayudara en el proceso de analizar el nivel de ejecución de los programas públicos del Minsa y de esa manera obtener una valoración de los efectos económicos y sociales de dicha inversión en la sociedad y en la economía.

Dentro del presente trabajo las técnicas a utilizar serán:

Observación: Ya que es una exploración de antecedentes que llevará a la revisión y extracción de información de documentos que contienen los datos de la inversión de Infraestructura.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Recordando que es extremadamente importante realizar la inversión de infraestructura con precisión, exactitud y el mínimo de errores posible, para que el estudio sea de gran utilidad y validez.

Además se apoyará en las técnicas de investigación como la recopilación de datos mediante consultas de libros especializados en el tema, revistas, periódicos, páginas web y análisis de datos recopilados cada una de las integrantes se centrará en áreas de interés para el desarrollo del trabajo, toda la información obtenida será analizada de manera que las líneas y pensamientos similares sean agrupadas en conjunto y con la ayuda de gráficas se transcriba a un informe final.



JUSTIFICACIÓN

Se ha considerado que son importantes los programas que fortalecen las redes de atención en salud para mejorar el acceso de las personas con bajos recursos. He aquí la importancia de analizar los Programas de inversión que el Minsa está llevando a cabo para conseguir todos sus objetivos.

Por esto con el fin de obtener el título de Licenciatura en Economía y teniendo como tema general para defensa La Política Fiscal en Nicaragua, se ha decidido hacer el enfoque en los programas de inversión Pública que tiene el Minsa.

Se considera que es un tema de gran importancia ya que no es muy estudiado ni muy común por lo que se pretenderá que sirva de base y beneficio para futuras generaciones de estudiantes y que se profundice más en el tema y de esta manera lograr que se ponga un particular atención a la inversión en salud y particularmente en infraestructura y equipamiento.

Este trabajo es beneficioso para los futuros estudiantes que busquen alguna documentación sobre las inversiones en infraestructura que el Minsa ha realizado, también tiene una gran importancia para la sociedad porque de esta manera se puede tomar de referencia para valorar si se está haciendo una suficiente inversión o si cabe analizar una mayor inversión en infraestructura y equipamiento por la importancia que esta representa para la sociedad.

La provisión de infraestructura física y social a través de la Inversión Pública y el gasto de bienes y servicios podrían mejorar la productividad en el sector privado a través de una utilización eficiente de los recursos. Por lo tanto analizar los programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa 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 que este tiene un importante



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de
Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

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

El conocimiento de la importancia que tiene en el país el tema del gasto y la inversión pública es esencial como futuros profesionales y de la misma manera se ha querido apoyar a las generaciones futuras con esta información.



MARCO REFERENCIAL.

A. MARCO CONCEPTUAL.

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, amortiguando las variaciones de los ciclos económicos, y contribuyendo a mantener una economía creciente, de pleno empleo y sin inflación alta. La función estabilizadora, donde se encuadra la política fiscal, trata de conseguir la estabilidad del sistema económico, evitar sus desequilibrios, y provocar los ajustes necesarios en la demanda agregada para superar en cada caso las situaciones de inflación o desempleo.

Política Fiscal Expansiva: Se presenta cuando se toman medidas que generen aumento en el gasto público o reducción de los impuestos.

Definición de Gastos: Los gastos son todos los pagos, salvo aquellos por amortización de deuda del gobierno, los cuales se clasifican como financiamiento. Asimismo, incluyen la concesión de préstamos a otros organismos u otros niveles de gobierno menos sus recuperaciones.

Importancia del Gasto: El gasto es de gran importancia ya que gracias a él, el Estado y sus organismos apuestan por la satisfacción de las necesidades que inciden en la redistribución de la renta y riqueza del país entre sus ciudadanos. Gracias al gasto Público el país puede costear los gastos propios de servicios como Salud, seguridad, la defensa, etc.

También es importante destacar que es una excelente herramienta para abordar problemas de desigualdades sociales escandalosas entre personas con mucho o con poco. Dentro de los principales objetivos está el intentar que los precios estén estables y registrados tasas de desempleos bajas.

Gasto Público: Cuando se habla del gasto público se hace referencia al 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.

Gastos de Capital: Son gastos destinados al aumento de la producción o al incremento inmediato o futuro del patrimonio del Estado. Los pagos que se hace por: estudios de pre-inversión; ejecución de obras; compra de maquinarias y equipo; préstamos y adquisición de valores; transferencia de recursos para gastos de la misma índole.

El gasto de capital está dirigido fundamentalmente a actividades estratégicas para el desarrollo nacional, por ejemplo: la construcción de carreteras y la producción de energéticos y para mejorar las condiciones de bienestar de la población (escuelas, universidades, hospitales, etc.).

Además, el gasto de capital se desagrega en inversión física, que contempla el gasto que se destina a la construcción de obra pública y a la adquisición de bienes de capital para la obra pública; e inversión financiera, que incluye el gasto que realiza el sector público en la adquisición de acciones, bonos y otros títulos, así como préstamos otorgados a diversos agentes y a países del resto del mundo.

Gasto Corriente: Este tipo de gasto incluye las erogaciones necesarias para que las instituciones del gobierno proporcionen servicios públicos de salud, educación, energía eléctrica, agua potable y alcantarillado, entre otros, así como para cubrir el pago de las pensiones y subsidios destinados a elevar el bienestar de la población de menor ingreso. Se incluyen el subsidio para los programas de desarrollo, rural, la compra de medicamentos y las remuneraciones a maestros, médicos, enfermeras policía y personal militar económicos.



Gasto Per cápita: Es el que indica la relación que existe entre el Producto Bruto Interno (PIB) y la cantidad de habitantes de una nación.

PIB: Es una medida que expresa el valor monetario de la demanda final en lo que respecta a la producción de bienes y de servicios, en una región o país, durante un lapso de tiempo determinado, que normalmente es de un año. Al PIB se lo utiliza para tener una noción de la medida del bienestar material presente en una sociedad y que mide siempre la producción final.

Gasto Social en Salud: El gasto social constituye un elemento de gestión importante para lograr la igualdad de oportunidades que merecen los ciudadanos principalmente los que están en pobreza y extrema pobreza. Este gasto social debe estar orientado a fomentar las capacidades básicas de las personas, estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana y prolongada, creativa y productiva.

Ministerio de Salud: Es el ministerio encargado de proponer planes y programas de salud, coordinar y dirigir la ejecución política de salud en el Estado en promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Misión: El Ministerio de Salud tiene como misión garantizar el acceso gratuito y universal a los derechos de salud y promover en la población prácticas y estilos de vida saludable que contribuyan a mejorar la calidad de la esperanza de vida y mejorar el desarrollo humano.

Visión: Como visión comprende la garantía de la salud como derecho constitucional y factor esencial para el desarrollo económico social de todas las familias Nicaragüenses a través de un sistema de salud solidario y complementario.



Objetivos: Como objetivo principal esta desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con integridad para reducir las inequidades existentes.

En términos de atención, hay tres niveles de atención de acuerdo con la legislación vigente.

- Primer nivel de atención. Es el primer nivel del modelo de atención integral, ahora llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAF) y busca resolver las necesidades de salud más frecuentes con tecnologías simples, de baja complejidad y efectivas.

- Segundo nivel de atención Da continuidad al nivel anterior para atender a personas con problemas de mayor complejidad, que tienen mayores requerimientos tecnológicos o de una atención especializada. En este nivel se da tratamiento a problemas más serios, ya sea de forma ambulatoria o con internamiento. Se dan servicios de rehabilitación.

- Tercer nivel de atención. En Nicaragua hay algunos servicios especializados como Cardiología, Oncología, Dermatología, Radioterapia, pero aún no se cuenta con un desarrollo de estos servicios de forma que puedan considerarse como de tercer nivel. El MINSA proyecta tener este nivel en el futuro.

Banco Interamericano de Desarrollo: (BID) es una organización financiera internacional creada con el propósito de financiación de proyectos viables de desarrollo económico, social e institucional y promover integración comercial-regional en el área de América Latina y el Caribe, reducir la pobreza y fomentar un crecimiento sostenible y duradero.

El programa del Minsa para modernizar el sector de atención de la salud se lanzó en 1998, con el apoyo del Banco Mundial y del BID. Desde entonces, el



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

BID y la comunidad internacional brindaron apoyo para implementar el plan de modernización, mejorar la eficiencia y expandir la cobertura.

El Programa de Desarrollo de Redes de Salud se integra con un préstamo de inversión complementario y una donación de inversión. Dichas operaciones facilitarían la cobertura por medio de fondos parciales de cobertura efectiva e incentivos para la demandas; la administración basada en resultados por sector se estimula con una serie de préstamos basados en políticas que complementan la asistencia técnica y los préstamos de inversión.



B. MARCO TEORICO

La atención en salud en el actual Gobierno ha sido una de las áreas insignia, con la declaratoria de que la salud sería gratuita, incluyendo medicamentos, y el ofrecimiento de un aumento considerable en el gasto.

La política y el plan gubernamental se basan en dos elementos centrales: La gratuidad de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura a través del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) con énfasis en prevención, atención primaria en salud y aumento en la cobertura.

El Modelo de Atención

Con relación al Modelo de Atención (MOSAFC), el MINSA busca ampliar la cobertura acercando el sistema a la población y promoviendo la prevención con una atención con enfoque familiar y comunitario, rompiendo con la verticalidad de los programas (por edad o tipo de enfermedad).

EL MOSAFC y la Política Nacional de Salud establecen como objetivos específicos de la política:

- Garantizar el acceso gratuito y universal a servicios integrales de salud.
- Desarrollar una cultura nacional de prevención y protección de la salud de los nicaragüenses.
- Mejorar permanentemente la calidad de los servicios de salud de acuerdo con las expectativas y necesidades de la población.
- Profundizar el modelo de participación ciudadana en las acciones de salud para contribuir al bienestar de los nicaragüenses.

Entre los lineamientos principales de la política están:

- Lograr que las personas no se enfermen mediante acciones de promoción, prevención, especialmente en los centros y puestos de salud.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

- Atención en salud de calidad y medicinas gratuitas, garantizando los medicamentos necesarios en forma gratuita.
- Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, con acciones en las comunidades, priorizando las poblaciones rurales.
- Implementar la regionalización de la salud de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, fortaleciendo los modelos de salud intercultural.
- Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector salud, estimulando la participación ciudadana en el control social del sector salud e incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria.

Cuando se habla de gasto en salud, se limita al gasto en salud ministerio de salud, aunque es sabido que hay gasto en salud a través de otras instituciones, como el Ministerio de gobernación y el ejército de Nicaragua, pero su impacto no es significativo y está restringido a quienes laboran para esas instituciones y sus familias.

La buena salud no es consecuencia, también es una causa del desarrollo por lo que el sector Salud debe verse no como un generador de gasto sino como un sector que ofrece efectos y beneficios en la economía. La inversión destinada a la mejora de salud además de una obligación social es y debe verse como una política eficiente desde un punto de vista social y económico. .

“Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud y el Estado debe establecer las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Le corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud.”¹

¹ Según Art. 59 de la Constitución Política de Nicaragua.



El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional mantiene la prioridad de la infraestructura en el sector energía, agua potable, educación, salud, vivienda social, transporte terrestre y portuario. Esta prioridad es complementaria con las demandas de la población y en línea con el mejoramiento de los indicadores económicos y sociales.

Debemos saber que nuestro derecho a la salud, es un derecho social de los y las nicaragüenses. La Ley No. 423 tutela los derechos y responsabilidades de las personas de acuerdo al ámbito de su competencia y es inspirada en el artículo 46 de la Constitución Política de la República de Nicaragua que establece la vigencia de los derechos contenidos en diversos instrumentos de derechos humanos del sistema universal e interamericano de protección, que reconocen a la salud como uno de los derechos humanos.²

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Sin lugar a dudas, la vida es el bien más preciado de todo ser humano y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y básico de todos los derechos humanos reconocidos.

También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional como son:

- La declaración universal de derechos humanos que insta, que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así

² “Ley General de Salud” y su Reglamento reflejado en el decreto No. 001-2003.



como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.³

- También está reconocido en la convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación Racial, de 1965.⁴
- En la convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979.⁵
- En el sistema de derechos humanos interamericano, el derecho a la Salud está en este Protocolo⁶ sobre los derechos económicos, sociales y culturales. Aquí se entiende a la salud como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Como ciudadanos nicaragüenses tenemos el derecho de recibir una Salud integral de calidad, sin discriminación y es una obligación inherente del Estado garantizarla.
- La constitución política de la república de Nicaragua y los instrumentos de derecho internacional son la base jurídica sobre la cual se apoya y establece el derecho a la salud de los y las nicaragüenses por ende, el estado de Nicaragua no puede alegar que por insuficientes recursos económicos no puede garantizar el derecho a la salud; todo lo contrario, debe existir una política de estado responsable que refleje la obligación de cumplir con el derecho a la Salud de todos los y las nicaragüenses.

³ Art 25, párrafo 1 Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁴En el inciso IV, apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional.

⁵ En el apartado f) del párrafo 1, del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979.

⁶ “Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”.es conocido también como el Protocolo de San Salvador (1988)



La salud además de ser un derecho constitucional es un derecho humano y es una responsabilidad indelegable del estado de Nicaragua garantizar este derecho.

Educación, salud, seguridad social, urbanización, vivienda, desarrollo regional, agua potable y alcantarillado, asistencia social, y superación de la pobreza, estos se pueden considerar como un gasto público real o de consumo.

Dotar de infraestructura, energía, comunicaciones y transportes, desarrollo agropecuario y forestal, temas laborales, empresariales, ciencia y tecnología, promoción de la capacitación y el empleo, impulso competitivo empresarial, estos se pueden considerar como un gasto real o de inversión.

La política fiscal ayuda a configurar el presupuesto del Estado con la ayuda de sus componentes que son importantes para asegurar y mantener la estabilidad Económica. Cuando hay crisis y la demanda agregada es insuficiente la política fiscal expansiva es un estímulo a la economía.

En este sentido el gobierno puede estimular la demanda utilizando una política fiscal expansiva⁷ aumentando el gasto público a través de la inversión de obras públicas como carreteras, hospitales, etc. o incrementando las ayudas a las familias esto aumenta la demanda agregada que supone que aumenta la producción y el empleo.

El nacimiento de la Teoría Macroeconomía Keynesiana puso de manifiesto que las medidas de política fiscal influyen en gran medida las variaciones a corto plazo de la producción de empleo y los precios, ya que la política fiscal tiene dentro de sus principales objetivos la plena ocupación de todos los recursos productos de la sociedad tanto humano como material y capital.

⁷ que genera un déficit en los Presupuestos de Estado, es decir, una situación en que el gasto público es superior a los ingresos fiscales, que se financia mediante la emisión de deuda pública.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

La red de atención del MINSA consta de dos niveles; el primer nivel consta de 200 centros de salud y 840 puestos. Y el segundo nivel consta de 33 hospitales. Las bajas erogaciones que se dan al gasto de capital reducen las posibilidades de ampliar la construcción, rehabilitación y equipamiento de las unidades de salud.

El sector de atención a la salud está descentralizado en 17 Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS), uno en cada uno de los 15 departamentos del país y en dos regiones autónomas. La meta del SILAIS es crear redes de atención de la salud que extiendan la cobertura a las comunidades con escaso acceso a ella de manera efectiva. Además, el SILAIS ayuda a implementar el marco de regulación sectorial, monitorear la salud pública, controlar la gestión de las operaciones de las unidades de atención de la salud y fomentar la participación social.

El programa de desarrollo de redes integrales de salud apoya la consolidación de un modelo de redes integradas de atención de la salud y la modernización de la infraestructura de salud.

Se establecen redes integradas de atención de la salud que consisten en instalaciones comunitarias, públicas y privadas para ofrecer niveles diferentes de servicios a fin de habilitar al SILAIS para que atienda las necesidades locales y cumpla con los estándares nacionales.



C. El marco jurídico de la salud en Nicaragua

La salud, al ser uno de los Derechos fundamentales, conocidos como los Derechos de primera generación, está respaldada por diversos instrumentos internacionales y cuerpos legales nacionales.

El marco jurídico internacional lo establecen los Pactos, Acuerdos y Declaraciones Internacionales relacionadas con la salud que Nicaragua ha firmado y está obligada a cumplir:

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos.
2. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.⁸
3. Declaración de los Derechos del Niño.⁹
4. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966.¹⁰
5. La Convención Internacional contra toda forma de Discriminación Racial.¹¹
6. Declaración de Alma Ata, de la Asamblea Mundial de Salud de 1978, donde los países se fijan como meta “Salud para todos en el año 2000” y como estrategia para lograrlo la Atención Primaria en Salud.
7. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).¹²

⁸ Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, Colombia, 1948.

⁹ Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959.

¹⁰ En su artículo 12 establece el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

¹¹ Aprobada el 21 de diciembre de 1965.

¹² Aprobada el 18 de diciembre de 1979.



8. La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada el 20 de noviembre de 1989.

9. Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, 20005.

Adicionalmente, uno de los instrumentos más importantes en salud en el ámbito internacional es lo que se conoce como la observación general 14 de pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, en el que un comité de vigilancia establece una serie de condiciones y elementos que deben estar presentes en las políticas, acciones y planes de salud para que efectivamente contribuyan a alcanzar el derecho a la salud. Esos elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El financiamiento para un plan maestro de inversión en la infraestructura de salud consistente con el alineamiento de la distribución de las unidades de salud en redes, que debe incluir la restauración o el reemplazo de unidades, esto con el fin de que se mejore la calidad de la atención. Se priorizan las inversiones en redes integradas, y se considera la sostenibilidad.



Capítulo I.

Programa de Inversiones Públicas





1.1 Programas de inversión pública en el sector Salud.

El Minsa reporta como logros fundamentales de este nuevo modelo el aumento de consultas médicas y cirugías realizadas, la disminución en las muertes maternas, por diarrea y por infecciones respiratorias agudas, así como de la incidencia en malaria y dengue, sumado al aumento del gasto en salud. Al mismo tiempo define una serie de doce estrategias para su implementación.

Inversión en salud y su impacto después de años de recortes muy importantes en la asignación e inversión en salud pública en la década de los 90 y la primera parte de los 2000, en los últimos años ha venido creciendo la asignación al sector salud. Esta tendencia ha sido sostenida al menos desde el 2005, aunque en los últimos dos años la tendencia al crecimiento ha sido menor. Esto es positivo si se hace un gasto en salud eficiente y basada en una estrategia definida, con políticas de inversiones claras y transparentes.

El sector público tiene un gran impacto sobre el crecimiento económico y este es uno de los temas más relevantes que se ha encontrado en el análisis de literatura económica. Son escasos los análisis que consideran al sector salud como una variable de política sobre el crecimiento económico y el gasto agregado que a ella se destina por parte del gobierno. Salud merece especial atención no solo porque es uno de los más importantes, si no, porque incluye a los demás servicios.

En los últimos años se han dado avances importantes pero insuficientes en el bienestar de la población Nicaragüense en materia de Salud. Si bien se notan aumentos anuales en el presupuesto en términos de córdobas constantes han sido aumentos leves hasta.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Un análisis de la situación de Salud en Nicaragua elaborado por el Ministerio de Salud puntualiza como Tercera Política de Salud el fortalecimiento de la atención hospitalaria reflejado por un descuido de las unidades hospitalarias, y se ha propuesto la rehabilitación y mantenimiento de la infraestructura y equipo de hospitales.

Aún con lo conquistado hasta hoy en día en el tema de salud, la situación de salud en Nicaragua en relación con otros países del continente es muy precaria. En 1993 con el fin de mejorar la situación en Salud de Nicaragua el Gobierno emprendió una reforma del sector salud integrada a una política social que reafirmara el papel rector del estado en la sociedad. La segunda reforma fue hecha en la década de 1980 cuando se descentralizan y sectorizan los sistemas de salud. Y la tercera es la que se vive en la actualidad, cuando se intenta lograr mayor eficiencia y extender los servicios de salud en toda la población¹³.

Nicaragua ha llevado a cabo tres generaciones de reformas sin que aparentemente exista una adecuada resolución de cada una de ellas. Las políticas de reforma se han materializado en estrategias de cambio estructural, modernización de sistemas, programas y estudios específicos.

A continuación se presentan las inversiones que ha venido ejecutando el sector salud hasta en los últimos años del 2010 hasta el 1er semestre 2015.

¹³ La reforma del Ministerio de Salud tiene tres grandes componentes: 1) el fortalecimiento institucional, 2) la modernización hospitalaria 3) un programa de extensión de la cobertura de los servicios de atención primaria.

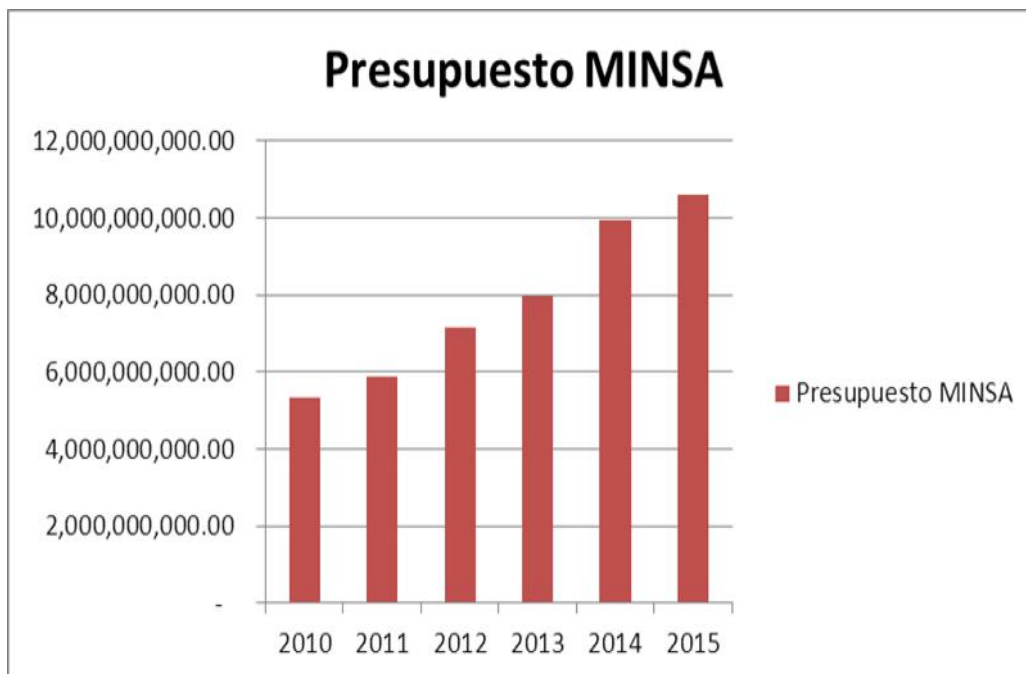


1.1.1 Presupuesto del MINSAs.

En el siguiente apartado se aborda las asignaciones presupuestarias recibidas del Sector salud MINSAs en el período comprendido de los años 2010 al 1er Semestre del año 2015.

En el **gráfico No. 1** se puede observar las asignaciones presupuestarias que recibió el Minsa en el periodo 2010 al 1er semestre 2015, además de la asignación que de este se destina a Gasto Corriente y Gasto de Capital. Se puede apreciar en el mismo que en el año 2010 genera un presupuesto de un poco más de 5, 000,000,000 que va presentando aumento considerable en cada año para llegar al 2015 con 10,000,000,000.

Gráfica No. 1
Presupuesto MINSAs
2010- I sem 2015.



Fuente: DGAF-MINSAs/ SIGFA¹⁴

¹⁴ Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. Informe de liquidación Presupuestaria 2014,2015.



En el **Cuadro No. 1** se puede apreciar los montos destinados al sector salud en cada uno de los años del 2010 al 1er semestre de 2015. Es notorio que durante estos años las asignaciones presupuestarias han recibido grandes incrementos y que a su vez el Minsa destina parte de ese presupuesto para Gasto Corriente y otra para Gasto Capital. Si bien se han presentado aumentos en el respectivo gasto de manera considerable, es mayor la asignación que se destina a Gasto Corriente que las que se destinan a Gasto Capital. En el año 2010 con respecto al 2011 se muestran leves aumentos que se vuelven considerables en los años 2012 – 2013 respectivamente y aún más en los años 2014 y 2015 de igual manera los aumentos se mantienen en la misma proporcionalidad a las asignaciones que se realizó en cada año de Gasto Corriente y Gasto Capital. Podemos apreciar cuales fueron las asignaciones que recibió el sector salud en el período estudiado en este trabajo.

El cuadro muestra que la asignación de Gasto Corriente y Gasto de Capital también presentaron considerables aumentos desde el 2010 hasta el 2015, aunque el año 2015 la asignación de gasto capital recibió una pequeña disminución.

Pero la asignación que se hace a cada gasto no es la misma; el gasto corriente es quien recibe mayores asignaciones en cada año.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Cuadro No. 1
Asignación presupuestaria Minsa, Gasto Corriente y Gasto de Capital.
2010- I sem 2015

Años	Presupuesto Minsa	Gasto Corriente	Gasto Capital
2010	5,334,776,795.00	2,016,291,074.00	318,485,721.00
2011	5,875,899,960.42	5,644,496,715.42	231,403,245.00
2012	7,142,942,558.51	6,071,827,941.51	441,114,617.00
2013	7,950,022,270.00	7,240,692,398.00	709,329,872.00
2014	9,939,000,000.04	8,798,000,000.04	1,141,000,000.00
2015	10,591,400,000.00	9,533,800,000.00	1,057,600,000.00

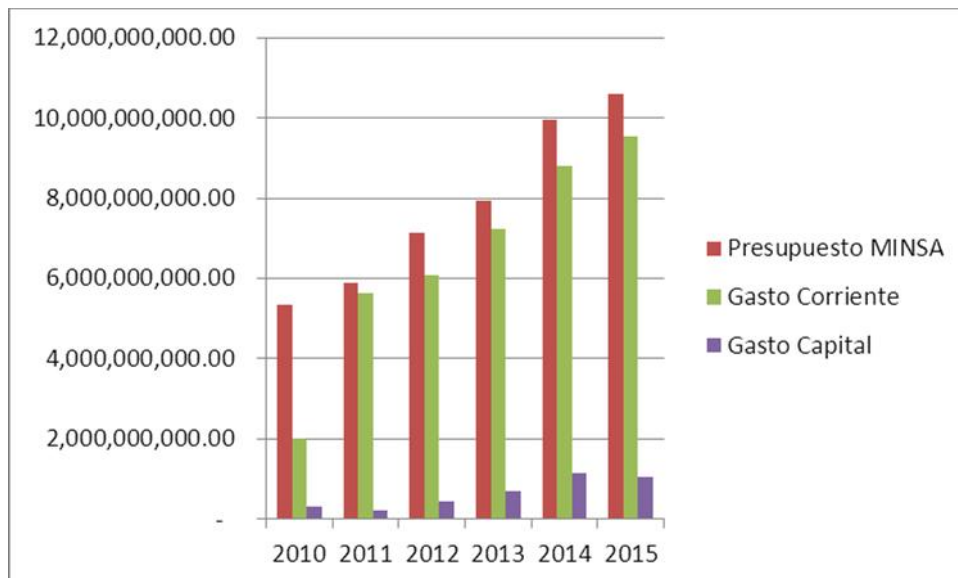
Fuente: DGAF-MINSA/SIGFA¹⁵.

¹⁵ Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. Informe de liquidación Presupuestaria 2014,2015.



La **Gráfica No. 2** presenta de forma mucho más clara la asignación en la cual se puede observar que el porcentaje destinado a gasto de capital del presupuesto es muchísimo menor en comparación con gasto corriente, cabe recordar que el gasto de capital es aquel que se destina para infraestructura y los programas de inversión en salud, por lo que se considera se destina mucho menos del 50% para inversiones. Las asignaciones presupuestarias presentaron aumentos al igual que las asignaciones de Gasto Corriente de igual forma que el Gasto Capital, que a medida que fue creciendo el presupuesto del Minsa estos gastos también tuvieron crecimientos. Si bien las asignaciones presupuestarias del Minsa han presentado aumentos desde el año 2010 hasta el 2015, en la gráfica se puede observar que las asignaciones a gasto capital siguen siendo precarias o insuficientes, en comparación con lo que se destina a Gasto Corriente.

Gráfica No. 2
Asignación presupuestaria Minsa, Gasto Corriente y Gasto de Capital.
2010- I sem 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA¹⁶.

¹⁶ Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. Informe de liquidación Presupuestaria 2014, 2015.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El **cuadro No. 2** presenta cuales han sido las variaciones que recibió el presupuesto del MINSA de unos años con respecto a otros. Del año 2010 al año 2011 se dió un aumento del presupuesto a diferencia del Gasto de Capital en este período, lo que reportó una baja.

El año 2012 con respecto del 2011 presenta aumentos tanto en el Presupuesto como en los respectivos gastos corrientes y de capital. El año 2013 con respecto del año 2012 también reportó crecimientos positivos. El año 2014 con respecto del año 2013 al igual que los años anteriores, reporta aumentos a excepción del año 2015 con respecto del año 2014, en el cual si bien el presupuesto sufrió aumentos al igual que el gasto corriente el gasto de capital tuvo una variación negativa.

Cuadro No. 2
Variación del presupuesto del Minsa por tipo de Gasto.
2010- I sem 2015.

Variación del Presupuesto del Minsa por tipo de Gasto.			
Años	Presupuesto Minsa	Gasto Corriente	Gasto Capital.
2010-2011	541,123,165.42	3,628,205,641.42	(87,082,476.00)
2011-2012	1,267,042,598.09	427,331,226.09	209,711,372.00
2012-2013	807,079,711.49	1,168,864,456.49	268,215,255.00
2013-2014	1,988,977,730.04	1,557,307,602.04	431,670,128.00
2014-2015	652,399,999.96	735,799,999.96	(83,400,000.00)

Fuente. Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA¹⁷

¹⁷ Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. Informe de liquidación Presupuestaria 2014,2015.



1.1.2 Presupuesto del Minsa como % del PIB.

En el **cuadro No. 3** se presentan los aumentos y disminuciones que recibió del PIB el Minsa. En el año 2010 representaba tan solo un 2.7% del PIB, este recibió un aumento en año 2009 de 2.9 pero bajó en el año 2010 a un 2.8% con respecto de la mejora anterior para presentar un aumento significativo en 2014 y volver a bajar en 2015, llegando con un constante aumento hasta a un 3.5%, lo que corresponde a aumentos de 0.1 y 0.2 respectivamente de un año con respecto al otro.

Se puede observar que del año 2010 al 2011 el aumento fue de tan solo 0.1% aunque del 2011 al 2012 este sufrió un descenso de 0.1 respectivamente, reportándose nuevamente el mismo aumento del 2012 al 2013, al contrario del 2014 que recibió con respecto del 2013 un aumento de un 0.3 % a diferencia de esto se reporta una baja para 2015 de un 0.1% con respecto de 2014 pero un mantenido aumento con respecto del 2010 al 2013.

Cuadro No. 3
Presupuesto Minsa como % del PIB.
2010- I sem 2015.

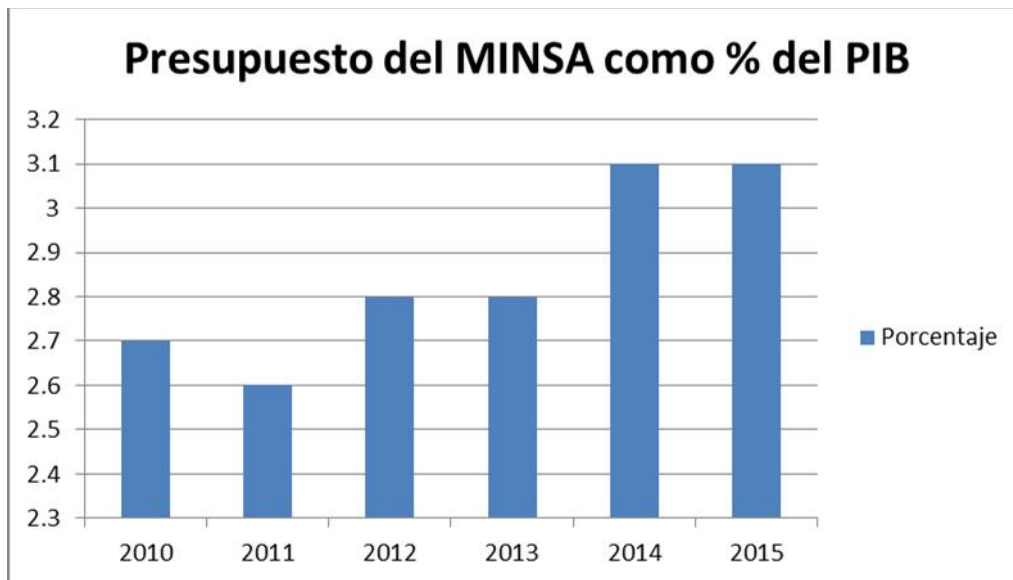
Presupuesto del MINSA como % del PIB.	
Años	Porcentaje
2010	2.7
2011	2.6
2012	2.8
2013	2.8
2014	3.1
2015	3.1

Fuente: en base a ILP 2007-2013, PGR 2014-2015 MHCP



La **gráfica No. 3** presenta los porcentajes recibidos del Minsa como % del PIB, en ella se observa que en el año 2010 fue de 2.7, pero disminuyó en 2011 a 2.6 para luego reportar un incremento en 2012 de 2.8 manteniéndose en 2013 de 2.8 reportando en 2014 un gran aumento a 3.1 y luego en 2015 se reporta una constante con respecto a 2014 manteniendo el porcentaje del PIB.

Gráfica No. 3
Presupuesto Minsa % PIB.
2010- I sem 2015.



Fuente. Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA¹⁸

¹⁸ Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. Informe de liquidación Presupuestaria 2014,2015.



1.2 Porcentaje de ejecución de los tipos de Gasto.

El **cuadro No.4** presenta el porcentaje de ejecución por gasto de capital del Minsa en el cual se observa que la ejecución fue de 91.03% en 2010; en el año 2011 la ejecución llegó a 94.55%, en el año 2012 se reportó una ejecución del 86.38% para luego en 2014 presentar 75.46% de ejecución de gasto de capital, llegando en 2015 a un 28.81% hasta el primer semestre 2015. Como se puede observar se reporta un aumento en el año 2011, pero éste disminuye en las siguientes donde el grado de ejecución de este gasto capital tiende a sufrir bajas considerables. Cabe destacar que el año 2015 solamente refleja el primer semestre más sin embargo debería presentar un 50% de su ejecución.

Cuadro No.4
% de Ejecución de Gasto Capital.
2010- I sem 2015.

% de Ejecución por Tipo de Gasto			
Años	Gasto Capital	Ejecución	%
2010	318,485,721.00	289,919,865.28	91.03
2011	231,403,245.00	218,798,822.22	94.55
2012	441,114,617.00	374,153,418.10	84.82
2013	709,329,872.00	612,717,543.56	86.38
2014	1,414,000,000.00	1,067,000,000.01	75.46
2015	1,057,600,000.00	304,700,000.00	28.81

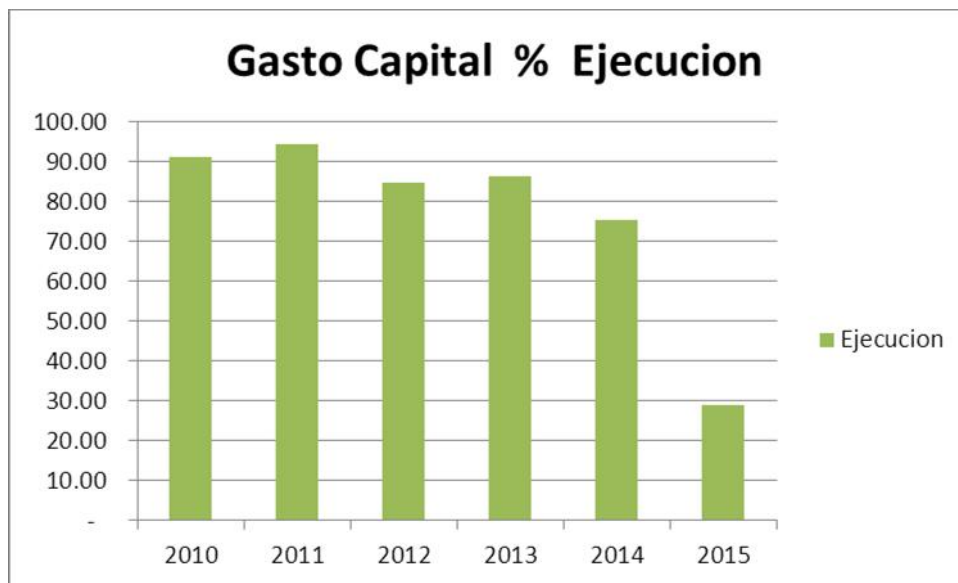
Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA¹⁹.

¹⁹ En base a Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2007-2013-PGR 2014-2015.



En la **gráfica No.4** se observa de forma detallada los porcentajes de la ejecución de los gastos de capital de cada año en los cuales solo 2011 reporta un aumento con respecto del 2010 y del 2012 donde el porcentaje tampoco fue muy satisfactorio. El año 2015 está solo expuesto el primer semestre, aunque también es muy bajo ese porcentaje de ejecución para la fecha de corte. Se puede observar en la gráfica que desde el año 2012 hubo una baja y ha sido muy difícil lograr llegar a un aumento considerable en lo que a ejecución de este gasto de capital se refiere. Siendo los años más bajos 2014 y 2015.

Gráfica No.4
Gasto Capital % de Ejecución.
2010- I sem 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA²⁰.

²⁰ En base a Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2007-2013-PGR 2014-2015.



El **cuadro No. 5** presenta el porcentaje de ejecución del Gasto Corriente del Minsa de los años estudiados en los cuales se puede observar que del 2010 reporta una ejecución de 98%, el año 2011 reportó una ejecución de gasto corriente de 99.65%, la ejecución del año 2012 fue de 98.74% para presentar luego al 2013 una ejecución de 99.23%, el 2014 reporta 99.18% de la ejecución y finalmente el año 2015 presentó una ejecución del 53.11% hasta el corte del primer semestre.

Cuadro No.5
% de Ejecución de Gasto Corriente.
2010- I sem 2015.

% de Ejecución por Tipo de Gasto			
Años	Gasto Corriente	Ejecución	%
2010	5,016,291,074.00	4,951,521,175.35	98.71
2011	5,644,496,715.42	5,624,501,523.19	99.65
2012	6,071,827,941.51	5,995,322,909.00	98.74
2013	7,240,692,398.00	7,184,683,867.55	99.23
2014	8,798,000,000.40	8,726,000,000.50	99.18
2015	9,533,800,000.00	5,063,700,000.00	53.11

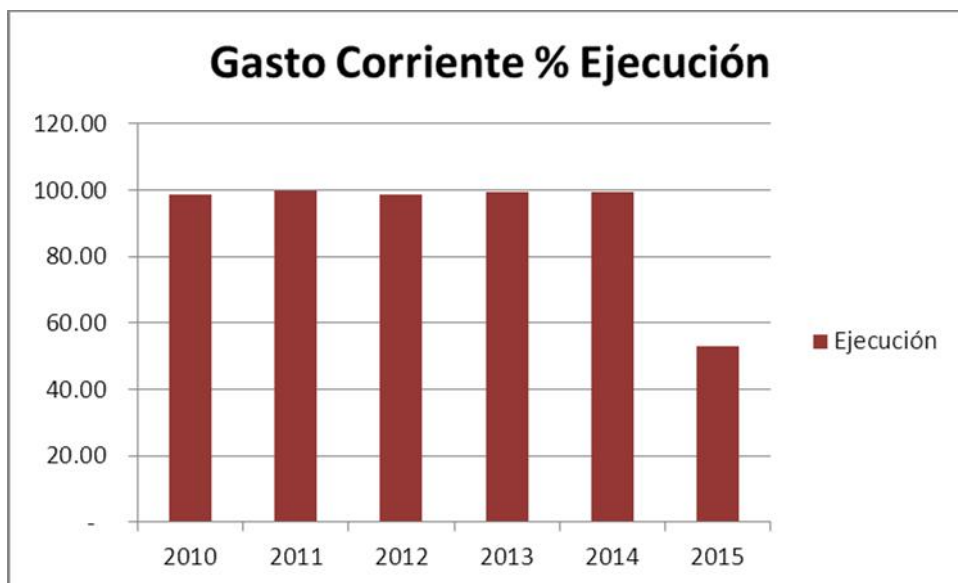
Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA²¹.

²¹ En base a Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2007-2013-PGR 2014-2015.



En la **gráfica No.5** se presenta de forma detallada el comportamiento de los porcentajes de la ejecución del gasto corriente de cada año en los cuales se puede observar que las ejecuciones en su mayoría llegaron a más del 90% lo que es muy beneficioso para la población, ya que quiere decir que los proyectos están llegando al máximo de ejecución. A diferencia del 2015 en donde si bien es un porcentaje del 50% , se considera que va muy bien ya que 2015 es solo el primer semestre.

Gráfica No.5
Gasto Corriente % de Ejecución.
2010- I sem 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA²².

²² En base a Informe de gestión 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2007-2013-PGR 2014-2015.



1.3 FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MINSA.

En el **cuadro No. 6** se presenta un resumen de las principales fuentes de financiamiento del Minsa, alivios, préstamos y donaciones, entre los que como podemos ver el BID y Banco Mundial son de los más importantes que se registraron en el período comprendido en este estudio.

Cuadro No.6
Principales Financiadores MINSAs.
2010- I sem 2015

Principales Financiadores Externos del Minsa.		
Alivios	Préstamos	Donaciones
Alivios Banco Mundial	BID	BID
Alivios BID	Banco Mundial	Banco Mundial
Alivios Club de Paris.		Unicef
		OPS
		Fond. Naciones Unidas para la población.
		Org. Interamericana de Energía atómica.
		Fondo Mundial de Rehabilitación.
		Fundación Anesvad- España
		Gobierno España
		Gobierno Japón
		Gobierno Taiwán
		Gobierno Luxemburgo
		Gobierno Bilateral FONSALUD.
		Gobierno de Brasil

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA²³.

²³ Informe de Gestión Minsa 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2014-2015 MHCP.



El **cuadro No. 7** muestra los préstamos y donaciones que recibió el sector salud en los períodos del 2010 al 2015, en los cuales presentaron variaciones de aumento y bajas. El cuadro presenta en el año 2010 donaciones mayores a los préstamos, el año 2011 mantiene el mismo ritmo pero con una baja en el total de fondos externos, del año 2012 al 2015 las donaciones continuaron en descensos considerables en más del 50% con respecto del 2010.

Cuadro No.7
Fondos Externos del MINSA.
2010- I sem 2015

Fondo Externo Minsa			Total Fondos Externos.
Año	Donaciones	Préstamos	
2010	630,238,751.00	159,675,755.00	789,914,506.00
2011	436,575,809.00	59,230,217.00	495,806,026.00
2012	453,916,518.00	209,055,415.00	662,971,933.00
2013	425,811,565.00	358,950,293.00	784,761,858.00
2014	256,412,826.76	434,868,584.06	691,281,410.82
2015	26,664,464.58	245,075,731.08	271,740,195.66

Fuente. DGAF-MINSA/ SIGFA²⁴.

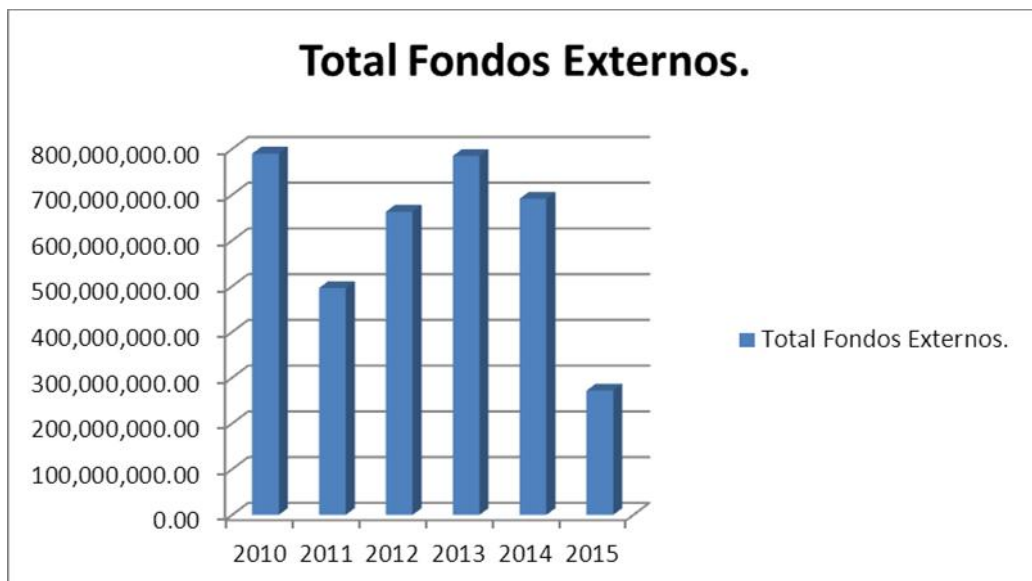
Es notorio que cada siguiente año se obtiene menos fondos externos en el Minsa para realización de obras públicas de inversión.

²⁴ Informe de Gestión Minsa 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2014-2015 MHCP.



La **gráfica No. 6** es una representación del cuadro No. 9 en la que se puede observar que la variación de préstamos y donaciones fue descendente con respecto de 2010, presentando diferentes fluctuaciones hasta 2015 que reporta el menor ingreso de las mismas. Como se mencionaba anteriormente, las donaciones y préstamos del sector salud sufrieron bajas constantes en los últimos seis años.

Gráfica No.6
Total Fondos Externos.
2010- I sem 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA²⁵.

²⁵ Informe de Gestión Minsa 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2014-2015 MHCP.

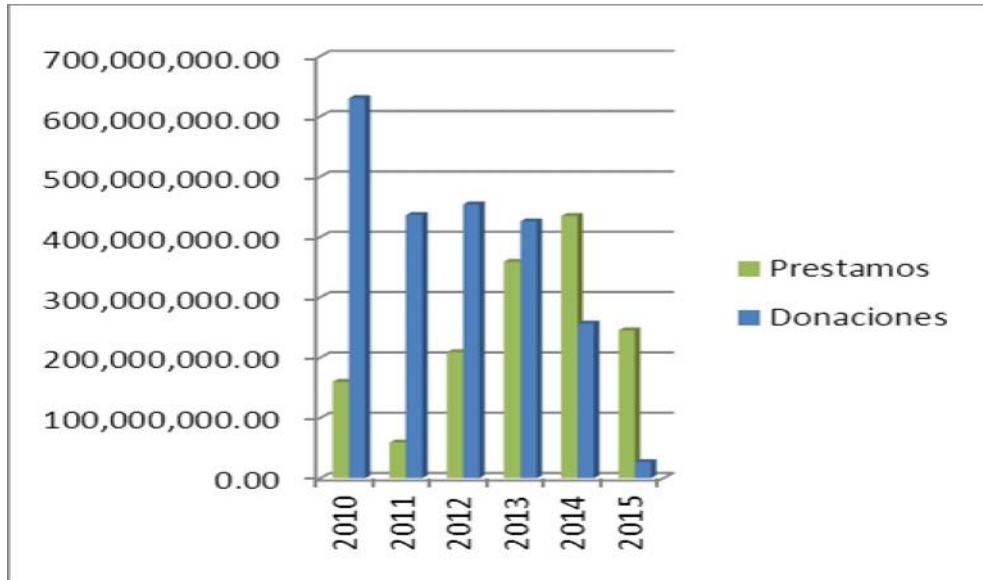


La **gráfica No. 7** muestra las asignaciones que se le dieron en las donaciones y préstamos del Minsa y al mismo tiempo se hizo una comparación entre ellas. Como se observa en la gráfica en el año 2010 los préstamos fueron de mucho menor porcentaje que las donaciones. En el año 2011 con respecto del año anterior, continúan siendo los préstamos muchísimo menores que las donaciones y al mismo tiempo la variación entre préstamos de los años respectivamente lleva una diferencia mayor ya que en el período 2011 los préstamos fueron menores con respecto del 2010.

En el año 2012 con respecto del 2011 también se registran variaciones, los préstamos recibieron una alza considerable con respecto del 2011. De igual manera presenta variación de aumento aunque no es mayor. En el año 2013 los préstamos se mantuvieron por debajo de las donaciones pero con respecto de los años anteriores registran aumentos considerables. En el año 2014 se registra un alza considerable de los préstamos con respecto de los años anteriores y también con respecto a las donaciones del mismo año.



Gráfica No.7
Total Fondos Externos.
2010- I sem 2015



Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/SIGFA²⁶.

²⁶ Informe de Gestión Minsa 2010, 2011, 2012, 2013. ILP 2014-2015 MHCP.



1.4 ORGANISMOS FINANCIADORES.

En el **cuadro No. 8** se presenta de forma detallada las donaciones y préstamos recibidos del Minsa para la inversión en infraestructura. Los organismos financiadores que aportan a las actividades del Ministerio de Salud, están por la vía de las donaciones y los préstamos, quienes presentan un 79.79% y 20.21% respectivamente. Todo esto para el año 2010.

Cuadro No.8
Organismos Financiadores del MINSA.
2010- I sem 2015.

Organismos Financiadores 2010		
Donaciones	Presupuesto.	%
Diseño de un modelo de red integrada en salud.	C\$ 5,494,366.00	0.87
Fortalecimiento del sistema nacional de salud.	C\$ 10,649,998.00	1.69
Fortalecimiento a las emergencias epidemiológicas.	C\$ 103,626,201.00	16.44
Fortalecimiento de la vigilancia y evaluación de las emergencias.	C\$ 5,360,700.00	0.85
Programa de cooperación técnica.	C\$ 21,300,113.00	3.38
Aseguramiento de insumos en salud sexual y reproductiva.	C\$ 557,743.00	0.09
Derechos sexuales y reproductivos en Jinotega y Raan.	C\$ 23,871,336.00	3.79
Compromiso y acción ante el SIDA(Malaria)	C\$ 21,324,016.00	3.338
Compromiso y acción ante el SIDA(Tuberculosis)	C\$ 26,933,201.07	4.27
Compromiso y acción ante el SIDA(VIH.SIDA)	C\$ 57,563,595.93	9.13
Programa de conversión de deuda con España.	C\$ 3,880,017.00	0.62
Apoyo integrado a la Silais Masaya Carzo y Rivas.	C\$ 38,542,403.00	6.12
Formación de enfermeras con especialidad en obstetricia	C\$ 10,340,127.00	1.64
Donaciones bilaterales FONSALUD.	C\$ 300,788,964.00	47.73
Total Donaciones	C\$ 630,232,781.00	79.79
Préstamos		
Banco interamericano de desarrollo.	C\$ 10,884,676.00	6.82
Banco interamericano de desarrollo.	C\$ 141,115,779.00	88.38
Banco Mundial	C\$ 7,675,300.00	4.81
Total de Préstamos.	C\$ 159,675,755.00	20.21
Total fondos externos 2010.	C\$ 789,914,506.00	100

Fuente: DGAF-MINSA/SIGFA²⁷.

²⁷ Informe de gestión 2010 Minsa.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Los fondos externos del MINSA, para 2011 están siendo financiados por diferentes organismos y entre ellos tenemos: BID, Banco Mundial, OPS, Fondos de las Naciones Unidas para la Población, Agencia Española, Fondo Mundial, Gobiernos Bilaterales.

Estos fondos están compuestos por donaciones y préstamos, los cuales tienen un peso porcentual del 88.05% y el 11.95% para el año 2011 como se observa en el cuadro No. 9

Cuadro No. 9
Fondos Externos del MINSA.
2010- I sem 2015

<i>Organismos Financiadores 2011</i>		
	<i>Presupuesto.</i>	<i>%</i>
<i>Donaciones</i>	C\$ 436,575,809.00	88.05
<i>Banco Interamericano de Desarrollo.</i>	C\$ 352.00	
<i>UNICEF</i>	C\$ 2,782,200.00	
<i>Banco Mundial</i>	C\$ 54,102,697.00	
<i>Organismo Panamericano de la salud.</i>	C\$ 22,424,000.00	
<i>Fondo de las Naciones unidas para la Población.</i>	C\$ 225,000.00	
<i>Agencia Española de Cooperación Internacional.</i>	C\$ 94,871,207.00	
<i>Fondo Mundial de Rehabilitación.</i>	C\$ 25,457,276.00	
<i>Gobierno de España</i>	C\$ 227,743,477.00	
<i>Gbiernos Bilaterales FONSAIUD</i>	C\$ 59,230,217.00	
<i>Préstamos</i>	C\$ 17,488,540.00	1195%
<i>Banco Interamericano de desarrollo</i>	C\$ 41,741,677.00	
<i>Banco Mundial</i>	C\$ 495,806,026.00	100%

Fuente: DGAF-MINSA/ SIGFA²⁸.

²⁸ Informe de gestión 2010 Minsa.



Al analizar el **cuadro No. 10** la situación de los fondos externos, los cuales estuvieron financiados por diferentes organismos internacionales, se encuentra que los préstamos tuvieron una ejecución del 79.86% en relación al presupuesto asignado y sus dos organismos financiadores los cuales son Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial con ejecución al cierre del ejercicio presupuestario del 82.80% y 67.06% respectivamente.

En cuanto a las donaciones se puede mencionar que a pesar de presentar una baja ejecución del 79.15%, hay asignaciones que financiaron algunos organismos la ejecución es aceptable por ejemplo: Gobierno del Japón presenta una excelente ejecución del 100%, OPS presenta 93.34%, Gobierno de España 92.79%, Fondo Mundial de Rehabilitación 87.94%. Para el resto de organismos su ejecución es baja: Banco Interamericano de desarrollo con un 40.95%, UNICEF 79.98%, Banco Mundial 78.83%, Fondo de las Naciones Unidas para la Población 80.92%, Organización Internacional de Energía Atómica 18.03%, Alianza alto a la Tuberculosis 37.36%, Gobiernos Bilaterales FONSAUD 77.56%.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Cuadro No.10
Fondos Externos del MINSA.
2010- I sem 2015

Organismos Financiadores 2012.		
Donaciones	Presupuesto.	%
Banco Interamericano de desarrollo.	C\$ 20,076,750.00	40.95
UNICEF	C\$ 8,921,285.00	79.89
Banco Mundial	C\$ 83,610,724.00	78.83
Organización Panamericana de la salud.	C\$ 15,122,000.00	93.34
Fondo de las Naciones Unidas para la Población.	C\$ 15,709,000.00	80.92
Organización Internacional de Energía Atómica	C\$ 3,536,182.00	18.03
Fondo Mundial de Rehabilitación	C\$ 60,837,610.36	87.94
Fundación ANESVAD-España.	C\$ 6,356,763.87	56.92
Alianza Alto a la Tuberculosis+TB Reach	C\$ 6,211,756.77	37.36
Gobierno de España	C\$ 62,977,590.00	92.79
Gobierno Barasil	C\$ 1,954,655.00	
Gobierno Japón	C\$ 8,423,000.00	100
Gobiernos Bilaterales FONSALUD	C\$ 160,245,201.00	77.55
Prestamos		
Banco Interamericano de desarrollo.	C\$ 170,012,999.00	82.8
Banco Mundial	C\$ 39,042,416.00	67.06
Total de Fondos Externos.	C\$ 662,971,933.00	79.37

Fuente: DGAF-MINSA/ SIGFA²⁹.

²⁹ Informe de Gestión 2012, Minsa.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

En el **cuadro No 11** presenta las asignaciones que se realizaron en donaciones y préstamos para la realización de obras proyecto para el año 2013. Se puede observar que para el año 2013 las donaciones fueron de 82.76% y los préstamos corresponden a un 17.24% del total de fondos externos que recibió el Minsa durante ese año.

Cuadro No.11
Fondos Externos del MINSA.
2010- I sem 2015

Organismos Financiadores 2013.		
Donaciones	Presupuesto.	82.76%
Banco Interamericano de desarrollo.	C\$ 67033,385.00	
UNICEF	C\$ 1169,470.00	
Banco Mundial	C\$ 64233,384.00	
Organización Panamericana de la salud.	C\$ 13457,318.00	
Fondo de las Naciones Unidas para la Población.	C\$ 27113,696.70	
Oragnización Internacional de Energía Atómica	C\$ 2023,962.00	
Fondo de las Naciones Unidas objetivos desarrollos del Milenium	C\$ 4958,364.30	
Fondo Mundial de Rehabilitación	C\$ 47548,501.00	
Fundación ANESVAD-España.	C\$	



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

	6656,477.00	
	C\$	
Alianza Alto a la Tuberculosis+TB Reach	4000,026.00	
	C\$	
Gobierno de España	49890,183.00	
	C\$	
Gobierno Japón	8667,719.00	
	C\$	
Gobierno 'Taiwan	15000,000.00	
	C\$	
Gobierno Luxemburgo	69414,728.00	
	C\$	
Gobiernos Bilaterales FONSALUD	44644,351.00	
Prestamos		17.24%
	C\$	
Banco Interamericano de desarrollo.	255647,418.00	
	C\$	
Banco Mundial	103302,875.00	
	C\$	
Total de Prestamos	358950,293.00	

Fuente. DGAF-MINSA/ SIGFA³⁰

³⁰ Informe de Gestión 2013, Minsa.



Capítulo II

Asignaciones Presupuestarias y Ejecución de los Programas de Inversión Pública del Minsa 2015



2.1 Asignaciones presupuestarias del 2010 al I semestre 2015

En la **gráfica No. 12** se muestra un resumen de los proyectos ejecutados para el año 2010 y de igual manera los porcentajes de ejecución que se lograron en cada uno de ellos. Los proyectos destinados a infraestructura representaron 74.95% a diferencia de equipamiento que mostró un 25.05% del gasto total del PIB 2010 destinado al Programa de Inversiones Públicas del Minsa, teniendo comprendido entre ellos construcción de hospitales primarios, puestos de salud, centros de salud, entre otros.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Cuadro No. 12

Programa de Inversiones Públicas del MINSA. 2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa 2010		
Proyectos	Presupuesto	%
INFRAESTRUCTURA	189,367,655.85	74.95
Construcción de Bodegas CIPS	809,910.00	
Construcción de Puestos de Salud	7,981,763.00	
Construcción de Casas Maternas	688,948.15	
Construcción de Hospitales Primarios	127,212,113.00	
Rehabilitación de Centros de Salud.	5,820,090.00	
Rehabilitación de Hospitales.	43,920,313.70	
Rehabilitación de Puestos de Salud.	2,934,518.00	
Equipamiento	63,274,257.15	25.05
Equipamiento Médico para I Nivel Atención.	27,025,209.00	
Equipamiento Médico para II Nivel Atención.	36,249,048.15	
Gasto PIP 2010	252,641,913.00	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³¹

³¹ Informe de Gestión 2010, Minsa.



El cuadro No. 13 muestra las asignaciones que se realizaron al Minsa en el año 2011 y el grado de ejecución de cada uno.

Para infraestructura el Ministerio de Salud destinó un 55.02% del total de fondos externos, lo que le permitió contruir sedes, hospitales primarios, reemplazar y rehabilitar puestos de salud y hospitales.

Ademas destinó un 44.98% del total de fondos externos para el equipamiento de los niveles I y II de atencion.

Cuadro No.13
Programa de Inversiones Públicas del MINSA.
2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa 2011		
Proyectos	Presupuesto	%
INFRAESTRUCTURA	104,038,749.60	55.02
Construcción Sede Silais RAAN	1,910,000.00	
Construcción de Hospitales Primarios	5,499,982.00	
Construcción de Centros de Salud	20,370,000.00	
Reemplazo de Puestos de Salud	3,035,746.92	
Rehabilitación de Hospitales	73,223,020.68	
Equipamiento	85,056,347.40	44.98
Equipamiento Médico para I Nivel Atención.	49,866,389.40	
Equipamiento Médico para II Nivel Atención.	35,189,958.00	
Gasto PIP 2011	189,095,097.00	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³²

³² Informe de Gestión 2011, Minsa.



El **cuadro No. 14** presenta el presupuesto en porcentaje de algunos de los proyectos que se propuso el sector Salud en el año 2013.

El programa de inversión pública del Minsa del 2012 presentó en infraestructura un 91.19% del gasto del presupuesto destinado al Minsa y el 8.81% para equipamiento del I y II nivel de atención, logrando así avances significativos en la inversión de capital realizada en este año.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Cuadro No.14

Programa de Inversiones Públicas del MINSA. 2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa 2012		
Proyectos	Presupuesto	%
INFRAESTRUCTURA	325,730,967.00	91.19
Rehabilitación del CDNR	21,991,512.00	
Construcción Silais RAAN	2,324,150.00	
Construcción de viviendas para personal de Salud	5,392,304.00	
Construcción de Hospitales primarios.	31,018,800.00	
Construcción de Centros de Salud	103,004,795.00	
Construcción de Puestos de Salud	2,714,572.00	
Construcción de Casas Maternas	15,142,677.00	
Rehabilitación de Hospitales Primarios	5,958,246.00	
Rehabilitación de Centros de salud	10,483,290.00	
Rehabilitación de Hospitales	9,614,725.00	
Rehabilitación del Hospital Luis Felipe Moncada.	17,334,450.00	
Rehabilitación y equipamiento Hospital MJR	67,578,340.00	
Rehabilitación del Hospital Bertha Calderón	1,486,180.00	
Rehabilitación del Hop. Juan Antonio Brenes.	9,007,253.00	
Mejoramiento del Hop. Cesar Amador Molina.	19,623,873.00	
Sustitución de Incineradores de Centros de Salud.	3,055,800.00	
Equipamiento.	31,458,333.00	8.81
Equipamiento Médico I Nivel de Atención.	25,959,396.00	
Equipamiento Médico II Nivel de Atención.	5,498,937.00	
Gasto del PIP	357,189,300.00	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³³

³³ Informe de Gestión 2012, Minsa.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El **cuadro No. 15** presenta el presupuesto en porcentaje de algunos de los proyectos que se propuso el sector Salud en el año 2013, en él se puede observar que infraestructura representó en el presupuesto de programas de inversiones públicas un 79.33%, logrando de esta forma un sin número de rehabilitaciones, construcciones y reemplazo de hospitales, casas maternas, etc.

Además de un 20.67% que se destinó a equipamiento para el I y II nivel de atención de otorrinos y oftalmia.

Cuadro No.15
Programa de Inversiones Públicas del MINSa.
2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa 2013		
Proyectos	Presupuesto	%
INFRAESTRUCTURA	455,126,473.00	79.33
Rehabilitación de CNDR	23,223,913.00	
Rehabilitación del CIPS	7,471,000.00	
Construcción Sede Silais RAAN	764,888.00	
Construcción de Bodegas de Insumos Médicos	8,450,794.00	
Mejoramientos de Unidades de Salud SILAIS Jinotega.	298,933.00	
Mejoramientos de Unidades de Salud SILAIS Matagalpa.	300,000.00	
Constr. de Lab. Clínica Epidem. Host. Víctor de la Motta.	1,679,616.00	
Construcción de Hospitales Primarios	104,631,241.00	
Construcción de Centros de Salud Familiar	126,490,454.00	
Rehabilitación de Hospitales Primarios	3,286,437.00	
Rehabilitación Centros de Salud Familiar.	7,044,818.00	
Construcción de Puestos de salud Fam. Y Com.	5,327,005.00	
Construcción de Casas Maternas.	8,643,426.00	



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Reemplazo Centro Salud Familiar Rancho Grande.	12,178,170.00	
Rehabilitación Centros de Salud Familiar san Isidro.	1,506,180.00	
Rehabilitación Centro de Salud Familiar Rio Banco.	200,000.00	
Rehabilitación Centro de Salud Familiar San José Bocoy	918,446.00	
Rehabilitación Centro de Salud y Com. Familiar La Tronca El Tuma	1,779,564.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Con Villa 15 Julio Chinandega.	1,097,341.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. El Viejo Sur Chinandega	1,082,341.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Posoltega.	1,069,341.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Israel Villa Nueva.	1,085,341.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. San Pedro Mura	1,107,661.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Com. La Venada San Carlos.	1,113,061.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Com. Fajardo N2.San Miguelito.	1,113,691.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna El Tuma La Dalia.	2,180,570.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna Ciudad Antigua.	2,180,570.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna. Mulukuku	2,746,130.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna Waspan	2,180,570.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna Jinotega.	2,180,570.00	
Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna El Jicaro.	1,100,461.00	



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Construcción y Equipo. P/S Fan Com. Casa Materna Tauquil Jalapa.	1,104,941.00	
Rehabilitación y Equipo. Hospital MJR.	37,940,727.00	
Rehabilitación de hospital departamental Alemán nicaragüense	615,000.00	
rehabilitación hospital Bertha Calderón	10,800,000.00	
Rehabilitación hospital juan Antonio Brenes	21,522,672.00	
Mejoramiento Hospital cesar Amador Molina	34,625,216.00	
Rehabilitación del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. Ç	7,551,062.00	
Constr y Equipo. Área de Medicina Transfusional Hospital Bertha Calderón.	2,149,073.00	
Constr y Equipo Área de medicina transfusional Manuel de Jesús Rivera.	2,274,665.00	
Consto y Equipo Área de medicina transfusional Roberto Calderón.	2,110,584.00	
Equipamiento	118,595,678.00	20.67
Equipamiento Médico I nivel Atención.	29,928,743.00	
Equipamiento Médico para unidades de salud de II Nivel.	74,469,575.00	
Equipamiento Médico para las atenciones Oftalmia. Y Otorrinos.	14,197,360.00	
Gastos PIP	573,722,151.00	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³⁴

³⁴ Informe de Gestión 2013, Minsa.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El **cuadro No. 16** presenta la cantidad de proyectos que tiene el sector Salud para cada una de las necesidades de la población, en el cual se puede apreciar en 100% lo que se destina a cada obra de inversión presupuestada del total de fondos de inversión de salud.

Cuadro No.16
Programa de Inversiones Públicas del MINSA.
2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa 2014		
Proyectos	Presupuesto	%
Infraestructura.	1,362,416,800.00	100
Construcción P/S fam y com San Pedro Murra	1,600,000.00	
Construcción P/s fam y com Comunidad Fajardo No 2	2,200,000.00	
Construcción de Casa Materna Mulukuku	1,800,000.00	
Construcción de casa materna en El Tuma. La Dalia.	2,000,000.00	
Construcción de casa materna Waspan.	1,800,000.00	
Construcción de casa materna en Waslala	3,800,000.00	
Rehabilitación centro de salud Fam san Isidro Matagalpa	2,700,000.00	
Construcción de P/s fam y com comunidada La Venada, San Carlos.	1,700,000.00	
Construcción P/s fam y com en comunidad Israel Villanueva.	2,000,000.00	
Reemplazo p/s fam y com en comarca La Tronca , E Tuma	900,000.00	
Construcción de área medica transfuncional Hospt. Bertha Calderón	6,300,000.00	
Construcción de área transfuncional Hopst. Manuela Jesús Rivera.	6,700,000.00	
Construcción de área médica transfuncional Hospt. Roberto	5,700,000.00	



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de
Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Calderón.		
Remodelación de área transfusional Hosp Cesar Amador, Matagalpa.	648,000.00	
Rehabilitación centro salud fam san Jose Bocay. Jinotega.	2,700,000.00	
Construcción puente anden entre casa Materna y p/s santa María de Pantasma	815,100.00	
Const. De bodegas e insumos médicos Matagalpa.	5,000,000.00	
Rehabilitac. p/s fam y com Guadalupe San Ramon, Matagalpa.	815,100.00	
Constr taller Silais Jinotega	788,000.00	
Rehabilitación Centro de Santa María de Pantasma	885,900.00	
Construc. Unidad de cuidados intensivos Hosp. regional Santiago, Jinotepe	4,500,000.00	
Const. casa materna Ciudad Antigua Nueva Segovia.	3,600,000.00	
Const casa materna Jinotega	3,700,000.00	
Const Hosp. Primario San Francisco Libre Managua.	69,700,000.00	
Const p/s fam y com Villa 15 de Julio	1,300,000.00	
Const p/s fam y com El Viejo Chinandega.	1,300,000.00	
Const p/s fam y com Pueblo Amado Sab Jose Bocay	2,900,000.00	
Const p/s fam y com Posolera Waslala	2,100,000.00	
Cost p/s fam y com San Jose Cusmapa, Madriz	5,900,000.00	
Rehabilitación de casa Materna com San Jose Wamblan	1,200,000.00	
Ampliación casas maternas municipio Wiwili Jinotega	1,500,000.00	
Rehabilitacion casa Materna comarca Plan de Grama Wiwili	1,600,000.00	
Reemplazo centro s/f Rancho Grande	28,700,000.00	
Rehabilita p/s fam y com Miguel Bican Raan	845,700.00	
Rehabilita p/s fam y com San Ramon Matagalpa.	724,900,000.00	
Rehabilitación sede Silais Jinotega	5,000,000.00	
Rehabilit. centro de salud Rio Blanco	3,300,000.00	



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Constr Lab Clínico Epidemiológico Hop Victoria Motta	3,900,000.00	
Rehab Antiguo Hopit Santiago Jinotepe	7,700,000.00	
Rehab sistema hidrosanitario Hosp primario, Nandaime	2,500,000.00	
Rehabi Centro s/f Guillermo Matute, Jinotega.	1,400,000.00	
Rehab C/s fam Jinotega	519,000.00	
Rehab Lab c/s Manuel Morales Blufields	2,300,000.00	
Const centro Nac Citologia Managua.	6,700,000.00	
Const centro de medicina alternativa, Managua	27,200,000.00	
Rehab Hops Nuevo Amanecer Bilwi Ra	5,100,000.00	
Const c/s fam Distr I Managua	11,900,000.00	
Rehab y equipa Hosp La Mascota .	50,300,000.00	
Cosnt y equip Zona Occ Managua	257,700,000.00	
Mejoramiento Hosp Cesar Amador Molina Matagalp	72,300,000.00	
Gasto PIP	1,362,416,800.00	

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³⁵

³⁵ Informe de Liquidación Presupuestaria 2014.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El **cuadro No. 17** muestra en un 100% hasta el primer semestre del año 2015, cuáles fueron los programas de inversión pública y las cantidades destinadas al mismo para su ejecución.

Cuadro No. 17
Programa de Inversiones Públicas del MINSa.
2010- I sem 2015

Programa de Inversiones Públicas.		
Minsa I Semestre 2015		
Proyectos	Presupuesto	%
INFRAESTRUCTURA		
Constr y Equipamiento Hops General Zona Occ. Managua	40,900,000.00	
Reemplazo y equip. Hopit Primario San José Bocay	33,000,000.00	
Rehabilitación Hops Departamental Alemán Nicaragüense	24,200,000.00	
Mejoramiento Hosp Cesar Amador Molina, Matagalpa	22,100,000.00	
Rehabilitación Centro nac Diagnostico y referencia	15,300,000.00	
Rehabilitación del Hosp Asunción, Juigalpa	8,900,000.00	
Construcción de Casas Maternas	13,400,000.00	
Equipamiento Medico para unidades del 2do nivel.	35,900,000.00	
GASTO TOTAL PIP.	193,700,000.00	100
		%

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA³⁶

³⁶ Informe de Liquidación Presupuestaria 2015.



2.2 EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL MINSA.

A continuación se presenta el grado de ejecución que alcanzó cada uno de los Programas de Inversión Pública en el período comprendido entre el año 2010 al I semestre del año 2015. En él se observa que la infraestructura en este año 2010 llegó a una ejecución del 97.75% y el Equipamiento a un 98.28% de ejecución.

Cuadro No. 18
Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública.
2010-I sem 2015.

Cartera de Proyectos Ejecutados 2010.	
Proyectos	% de Ejec.
Infraestructura	97.75
Construcción de Bodegas CIPS	97.24
Construcción de Puestos de Salud.	98.15
Construcción de Casas Maternas.	100.00
Construcción de Hospitales Primarios.	99.9
Rehabilitación de Centros de Salud.	98.99
Rehabilitación de Hospitales.	91.00
Rehabilitación de Puestos de Salud.	98.61
Equipamiento	98.28
Equip. Médico para I Nivel de Atención.	99.91
Equip. Médico para II Nivel de Atención.	98.29
Gasto PIB 2010.	98.06

Fuente: DGAF-MINSA/SIGFA³⁷

³⁷ Informe de Gestión 2010. MINSA.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

En el **cuadro No. 19** se presenta cual fue el grado de ejecución de todos los programas del año 2011 en cual se observa que la mayoría de ellos llegaron a mucho más del 90% lo que nos muestra el buen uso de los recursos y el mejoramiento efectivo de las unidades de salud. La infraestructura en general obtuvo un 97.75% y el equipamiento logró 98.28 % para un total de 98.06 % del Gasto del PIB 2010.

Cuadro No. 19

Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública.

2010-I sem 2015.

Cartera de Proyectos Ejecutados 2011.	
Proyectos	% de Ejec.
Infraestructura	91.95
Construcción Sede Silais Raan.	98.07
Construcción de Hospitales Primarios	100.00
Construcción de Centros de Salud.	99.05
Reemplazo de Centros de Salud.	98.89
Rehabilitación Hospitales.	86.67
Equipamiento	97.17
Equip. Médico para I Nivel de Atención.	95.67
Equip. Médico para II Nivel de Atención.	99.28
Gasto PIB 2011.	94.29

Fuente: DGAF-MINSA/SIGFA³⁸

³⁸ Informe de Gestión 2011. -MINSA.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

A continuación se presenta el grado de ejecución que alcanzó cada uno de los Programas de Inversión Pública en el período comprendido entre el año 2010 al I semestre del año 2015. En él se observa que la infraestructura en este año 2010 llegó a una ejecución del 97.75% y el Equipamiento a un 98.28% de ejecución.

Cuadro No. 20

Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública.

Cartera de Proyectos Ejecutados 2012.	
Proyectos	% de Ejec.
Infraestructura	88.59
Rehabilitación del CNDR	100
Construcción de SILAIS RAAN.	89.31
Construcción de Viviendas para personal salud.	95.96
Construcción Hospitales Primarios.	96.69
Construcción Centros de Salud.	89.50
Construcción de Puestos de salud.	65.06
Construcción de Casas Maternas.	79.04
Rehabilitación de Hospitales Primarios	56.35
Rehabilitación de Centros de salud.	44.96
Rehabilitación de Hospitales.	86.71
Rehabilitación de Hospital Luis Felipe Moncada.	89.23
Rehabilitación y Equipa. MJR	93.29
Rehabilitación Hospital Bertha Calderón.	84.64
Rehabilitación Hospital Juan Antonio Brenes.	73.60
Rehabilitación del Hospital Oscar Amador Molina.	88.25
Sustit. de Incineradores en Centros de Salud.	100.00
Equipamiento	73.21
Equipamiento Médico para I Nivel de Atención.	82.72
Equipamiento Médico para II Nivel de Atención.	
Gasto PIB 2011.	87.25

Fuente: DGAF.MINSA/SIGFA³⁹



Cuadro No. 21
Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública.
2010-I sem 2015.

Cartera de Proyectos Ejecutados 2013.	
Proyectos	% de Ejec.
Infraestructura	84.62
Rehabilitación del CNDR	95.25
Rehabilitación del CIPS	
Construcción de Sede Silais Raan.	94.77
Construcción de Bodegas de Insumos Médicos.	53.85
Mejoramiento Unidades de Salud Silais Jinotega.	
Mejoramiento Unidades de Salud Silais Matagalpa.	
Construcción de Lab. Clínica Epide. Hosp. Victoria de Motta.	99.34
Construcción de Hospitales Primarios.	99.95
Construcción de Centro de Salud Familiar.	95.10
Rehabilitación de Hospitales Primarios.	100.00
Rehabilitación de Centros de Salud Familiar.	97.16
Construcción de Puestos de Salud Familiar y Comunitario.	76.42
Construcción de Casas Maternas.	75.94
Reemplazo Centro Salud Familiar en Rancho Grande	
Rehabilitación Centro de Salud Familiar San Isidro.	
Rehabilitación Centro de Salud Familiar Rio Blanco.	
Rehabilitación Centro de Salud Familiar San José de Bocay.	
Rehabilitación Centro de Salud Fam.y Com. La Troca, el Tuma.	50.36
Construcción y Ep P/S Fam. Y Com. Villa 15 julio Chinandega.	47.66
Construcción P/S Fam. Y Com. El Viejo Sur Chinandega.	41.87



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Construcción P/S Fam. Y Com. Posoltega.	
Construcción P/S Fam. Y Com. Israel Villa Nueva.	73.90
Construcción P/S Fam. Y Com. San Pedro de Murra.	94.59
Construcción P/S Fam. Y Com. Comunidad la Venada San Carlos.	67.53
Construcción P/S Fam. Y Com. Comunidad Fajardo N^a 2 San Miguel.	82.44
Construcción Casa Materna el Tuma la Dalia.	83.61
Construcción Casa Materna Ciudad Antigua.	80.56
Construcción Casa Materna Mulukuku.	86.18
Construcción Casa Materna aspan.	98.96
Construcción Casa Materna Jinotega.	81.85
Construcción y Ep P/S Fam el Jícaro.	
Construcción y Ep P/S Fam. Tauuil Jalapa.	
Rehabilitación Equipamento Hospital MJR.	56.41
Rehabilitación Hospital Depart. Alemán Nicaragüense.	20.10
Rehabilitación Hospital Bertha Calderón.	87.91
Rehabilitación Hospital Juan Antonio Brenes.	88.38
Mejoramiento del Hospital Cesar Amador Molina.	97.87
Rehabilitación Hospital Regional Santiago Jinotepe.	63.41
Const. Área de Medic. Transfuncional hosp. Bertha Calderón.	94.71
Const. Área de Medic. Transf. hosp. Manuel de Jesús Rivera	100.00
Const. Área de Medic. Transfuncional hosp. Roberto Calderón	100.00
Equipamiento	84.78
Equipamiento Médico para I Nivel de Atención.	91.44
Equipamiento Médico para II Nivel de Atención.	98.26
Gasto PIB 2013	84.65

Fuente: DGAF-MINSA/ SIGFA. ⁴⁰

⁴⁰ Informe de Gestión 2013, Minsa.



Capítulo III

Nivel de Eficiencia y Eficacia de la Inversión del Gasto Público en Salud.



3.1 Nivel de Eficiencia y eficacia de la inversión en el sector salud

Mejorar las redes de salud aumenta la calidad y la cobertura esta es una de las maneras donde se ha podido medir tanto el nivel de Eficiencia como de Eficacia de dichas inversiones destinadas al sector salud.

Un programa para fortalecer las redes de atención de la salud, que tiene el objetivo de mejorar de manera eficaz y eficiente el acceso de las personas con bajos ingresos a este servicio, comenzó a formular un plan maestro para inversiones en atención de la salud.

Se ha podido observar a través del estudio, que el nivel de Eficiencia del sector salud ha ido en aumento esto demostrado por los cuadros que se ha presentado anteriormente ya que uno de los factores importantes que influyen en el nivel de eficiencia de este sector que es además uno de los sectores primarios para la sociedad es el financiamiento externo, para hablar un poco y retomar una reseña de la historia política de nuestro país, tomando de ejemplo algunos Gobiernos anteriores donde la eficiencia era descendente ya que no habían o no tenían un plan presupuestario basado en el desarrollo social y sostenible de nuestra sociedad.

Desde el momento que en Nicaragua no había una iniciativa de proyecto dirigido a este sector no podíamos ver el nivel de eficiencia de los proyectos que hoy en día ya se hicieron y los que están agendados.

La política del sector salud ha estado dirigida a aumentar la calidad y cobertura de los servicios de salud, para lo cual se ha implementado la gratuidad de éstos. Consistente con esta política se han eliminado los cobros a la población de los servicios prestados en cualquier hospital o centro de salud públicos; con el mejoramiento de nuevos hospitales se ha asignado mayor recurso humano (médicos, técnicos y auxiliares), se destinó mayores recursos a la partida de suministros de medicamentos y materiales de reposición y se redujo el tiempo



en espera para la atención en consulta especializada esto con el fin de hacer la política del sector salud, una política eficiente y eficaz para toda la sociedad Nicaragüense por ende al crecimiento sostenible de nuestro país.

La actividad constructora ejerce una influencia significativa sobre la economía del país, tanto por sus efectos multiplicadores en el resto de actividades económicas, como por su capacidad para generar ingresos, empleos e infraestructura. Estas características ameritan un estudio de las causas del ciclo en esta actividad, a fin de entender mejor su desempeño.⁴¹

La actividad de construcción ponderó en promedio 4.4 por ciento del producto interno bruto durante el período 2011-2015. En términos de la participación de sus componentes, el sector público representó el 28 por ciento del valor agregado total de la actividad.

En los años 2011 y 2012 la actividad mostró mayor dinamismo con tasas de crecimiento de dos dígitos, las cuales alcanzaron un máximo de 30.6 por ciento en 2012, sustentado en la construcción, y aumento en obras públicas y el inicio de la construcción del nuevo hospital militar. Este auge ubicó a la construcción como la actividad de mayor contribución a la economía en 2012, con un aporte de 1.2 puntos porcentuales a la tasa de crecimiento del PIB.

En 2013 esta actividad experimentó un crecimiento desacelerado de 12.6 por ciento, debido a una crisis general en el sector construcción. A pesar de este desempeño, su aporte al crecimiento económico se mantuvo entre los más altos (0.6 puntos porcentuales).

Desempeño de la actividad constructora en 2014 En 2014 se acentuó la desaceleración de la actividad de construcción con una tasa de crecimiento de 2.8 por ciento, la que obedeció a una combinación de dos factores: i) caída en

⁴¹ Programa Económico Financiero 2007-2010 pag.7



construcciones residenciales en mayor proporción que la observada en 2013, y ii) desaceleración en obras no residenciales y obras de Ingeniería civil⁴², asociadas principalmente a un menor ritmo de crecimiento, tanto de obras privadas destinadas a servicios e industria, como del Programa de Inversión Pública (PIP).⁴³

Dos factores adicionales podrían haber contribuido a explicar la desaceleración de la actividad constructora en general. Por un lado, la situación de emergencia que tuvo lugar durante los episodios de movimientos sísmicos en abril y octubre, los cuales forzaron una suspensión temporal de la inversión pública en sector salud en construcción. Por otro lado, también incidió el encarecimiento de costos de construcción, asociado fundamentalmente a las remuneraciones de mano de obra, y en menor medida, a los materiales de construcción. En este sentido, el índice de salarios nominales de construcción creció 16.8 por ciento en 2014, mayor en 6.5 puntos porcentuales al crecimiento de 2013, mientras que el índice de precios de materiales de construcción creció 3.5 por ciento (3.1% en 2013).

La actividad constructora en 2015 A pesar del menor ritmo de crecimiento observado en 2014, se realizó un aumento alrededor de 16 por ciento en 2015, con una contribución de 0.9 puntos porcentuales al crecimiento de la economía.

La Eficacia en la inversión del sector Salud es una de las preocupaciones primordiales de cualquier gobierno⁴⁴ pero los líderes nacionales han hecho acuerdos bilaterales con diferentes países del mundo donde las donaciones y préstamos han sido una base definitiva para este proyecto que es la infraestructura del sector salud.

⁴² Boletín de Finanzas Publicas II Semestre 2015 pág. 10.

⁴³ Informe Anual 2014 Banco Central de Nicaragua pág. 41.

⁴⁴ Informe Anual 2014 Banco Central de Nicaragua pág. 41.



El nivel de Eficacia es el factor que mide el beneficio logrado de dicho proyecto, refiriéndonos a este tema podemos observar el nivel de ejecución de cada presupuesto asignado a cada año y la manera en que aumenta a nivel porcentual a como se demostró esto explica de manera simbólica el efecto ascendente de dicha eficacia.

Una red de servicios de salud organizada, la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de responder a la mayoría de la demanda en salud de una población en un determinado territorio. Pueden ser sectorial, municipal, departamental, nacional y los vínculos que se puedan producir entre ellos. Su propósito es aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de la atención y los cuidados a la salud.⁴⁵

3.2 Elementos Principales tomados en cuenta para que la inversión en el sector Salud sea Eficaz:

- 1) Desarrollo del territorio o sector
- 2) Accesibilidad
- 3) Características de la población
- 4) Oferta de servicios de salud
- 5) Tipos y número de establecimientos de salud existentes en el territorio articulado en redes.
- 6) Selección de establecimientos a ser fortalecidos y que servirán como satélites.

⁴⁵ Idem



3.3 Principales características de servicios de salud que deben ser tomadas en cuenta para que el proyecto en infraestructura reaccione de manera eficiente al Servicio de la Sociedad:

- 1) Ágil, articulada y complementaria
- 2) Compartiendo fines y objetivos comunes
- 3) Modelo organizativo de menor a mayor complejidad.
- 4) Con roles claramente definidos a nivel sectorial social.
- 5) Centrada en las personas, familia y comunidad.
- 6) Con un enfoque de atención primaria basado en la comunidad.
- 7) Énfasis en las acciones de promoción y prevención en salud.
- 8) Utilización racional y eficiente de los recursos disponibles.⁴⁶

3.4 División de Centros construidos en Nicaragua 2011-2015

a) Establecimientos de Salud comunitarios

- Casas Bases
- Casas Maternas
- Dispensarios médicos comunales
- Otros

b) Establecimientos de salud públicos

- Puesto de salud familiar y comunitaria
- Centro de salud
- Hospital Primario
- Policlínico
- Hospital departamental
- Hospital regional

⁴⁶ Idem



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

- Centro de Diagnóstico Regionales de Alta Tecnología.
- Establecimientos del Ministerio de Gobernación (MIGOB) y Ejército de Nicaragua
- Hospital con servicios de referencia nacional
- Centros Nacionales de Servicios Especializados.⁴⁷

⁴⁷ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



Capítulo IV

Efectos Económico Sociales de la Inversión Pública del Minsa.



4.1_Gasto en Salud como % del Gasto Social

El Gasto Social constituye el instrumento de gestión más importante para coadyuvar el logro de la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Esto significa acceso universal y oportuno a los servicios de buena calidad. Además, el Gasto Social debe estar orientado a formar las capacidades básicas de las personas, lo que hace posible su posterior perfeccionamiento y explotación. Estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana, prolongada, creativa y productiva.

En Nicaragua, el Gasto Social comprende cinco funciones sociales: a) Gasto en Educación, b) Gasto en Salud, c) Servicios Sociales y Asistencia Social, d) Vivienda y Servicios Comunitarios y e) Servicios Recreativos, Culturales y Religiosos.

La construcción y rehabilitación de nuevos complejos médicos tiene grandes impactos positivos en la población como: ampliación de la cobertura de servicios médicos, por contar con un mayor tamaño y cartera de servicios, mejor atención a la población, con una mejor calidad en ella.

Este tipo de proyecto permite incrementar la cobertura médica a la población, especialmente la atención anual de consultas externas, servicios de emergencia y cirugías.

Se destaca también que habrá transferencia de conocimientos y habilidades profesionales al personal de los nuevos hospitales mediante programas de capacitación y asistencia técnica lo que quiere decir tendrán impactos directos sobre las capacidades y habilidades individuales de los trabajadores.



También beneficia esta construcción y rehabilitación con la creación de empleos creando puestos directos durante la etapa de ejecución del proyecto, además de la etapa de operación que también genera creación de empleos.

Este tipo de proyectos crea además impactos muy positivos en la reducción de la pobreza ya que mejorará la calidad de vida y productividad de las personas, incrementando sus ingresos y el sustento de sus familias.

Breves reseñas de hospitales construidos que han traído beneficio social.

La construcción del nuevo complejo médico tendrá impactos positivos en la población como: ampliación de la cobertura de servicios médicos, por contar con un mayor tamaño y cartera de servicios, con respecto a los hospitales Mauricio Abdalá y España.

El proyecto permitirá incrementar la cobertura médica a la población, estimándose inicialmente la atención anual de 200,000 consultas externas, 85,000 servicios de emergencia y 10,240 cirugías.

El BCIE también destaca que habrá transferencia de conocimientos y habilidades profesionales al personal del hospital, mediante un programa de capacitación y asistencia técnica que se tiene previsto, es decir tendrá un impacto directo sobre las capacidades y habilidades individuales de los trabajadores.

En cuanto a la creación de empleos se estima la creación de 225 puestos directos promedio durante la etapa de ejecución del proyecto. Además en la etapa de operación se estima la creación de 185 nuevos empleos directos, de los cuales un setenta por ciento serán ocupados por mujeres.

El proyecto además tendrá un impacto positivo en la pobreza ya que mejorará la calidad de vida y productividad de las personas, incrementando sus ingresos y el sustento de sus familias.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El BCIE también apoya la construcción en Managua del Hospital Occidental al otorgar al país un préstamo por 40,269,562.90 dólares. Este hospital público estará listo en cinco años.

También financió parcialmente las obras en el nuevo Hospital Militar Alejandro Dávila, el cual tiene un costo de 105 millones de dólares. Estará listo en agosto de 2014 para atender 150,000 trabajadores adscritos al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). 14'9'2013

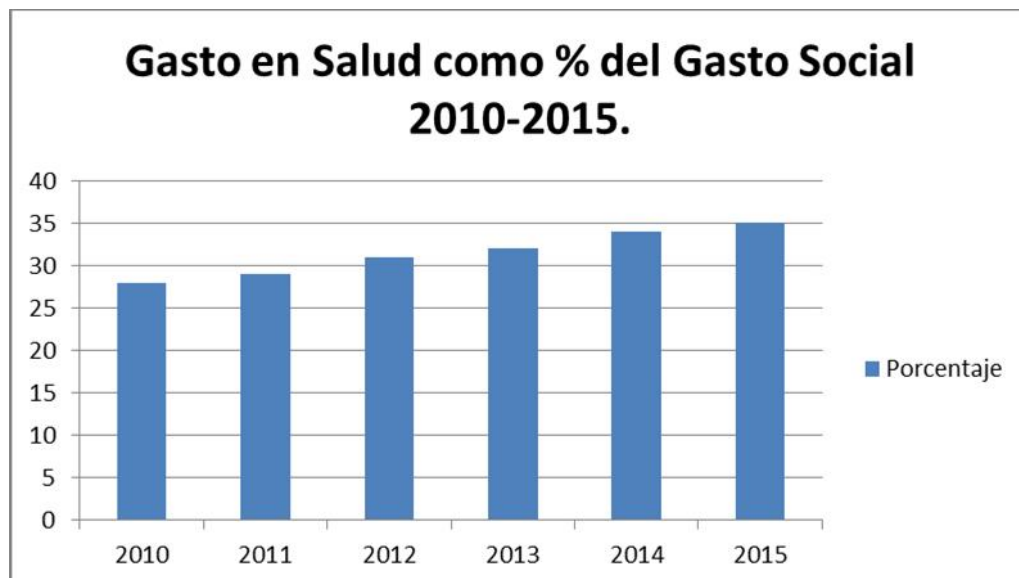


4.2 Gasto en Salud como % del Gasto Social

Para poder conocer los beneficios y efectos de los programas de inversión pública en el sector salud, debemos conocer ciertos indicadores que nos permitirán descifrar los efectos económicos sociales.

Gráfica No. 10

Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Social.



Fuente: Elaboracion propia en base a ILP 2010-2014.

En el **gráfico No. 11** se muestra una comparación del gasto percapita en Salud y del gasto en salud como porcentaje del gasto social del periodo 2010 al 2015 en el cual en el año 2012, 2014 y 2015 ha venido aumentando el gasto percapita y de igual forma en el porcentaje del gasto social.⁴⁸

⁴⁸ Informe en gestión salud a Septiembre 2015

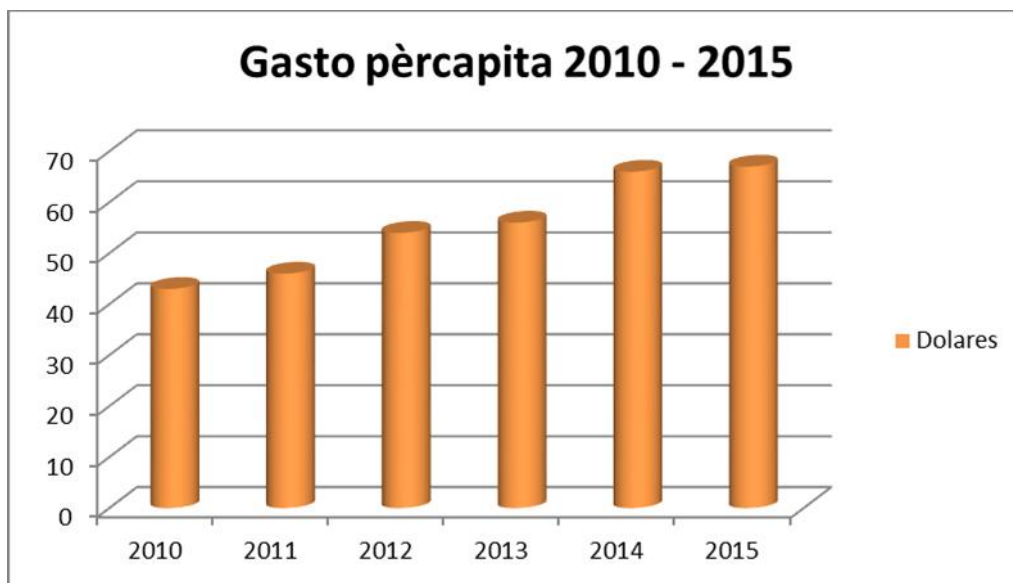


4.3 Gasto per cápita en salud

La **gráfica No. 11** se presenta una comparación del gasto per cápita en salud del período 2010 al 2015 en la cual se puede observar que el año 2010 reportaba alrededor de un poco más de US\$40 dólares por persona para el año 2011, este gasto fue de más de US\$40 dólares, para aumentar a casi 50% en 2012 y luego aumentar en 2013 arriba del 50%, en 2014 seguía aumentando nuevamente en 2015 a casi US\$60 dólares por persona.

Gráfica No. 11

Gasto Per Capitan en Salud



Fuente: PGR 2014-2015, MHCP.

Este gasto está definido como la proporción de recursos económicos destinados por el Estado para brindarle atención en salud a cada habitante en un año determinado. Como se observa durante el período 2010-2015 este indicador no muestra grandes cambios. Es a partir de 2012, que viene



registrando aumentos progresivos, calculándose en 2014 en US\$ 64.5 por habitante.⁴⁹

A nivel Centroamericano, Nicaragua se encuentra entre los países que menos invierten en salud por habitante. En el 2011, El Salvador destinaba un promedio de US\$251.00, Guatemala y Honduras alcanzaban los US\$214 y US\$193. Por su parte, Costa Rica registró los US\$943.0. En el 2014, en Nicaragua el gasto per cápita en salud no supera los US\$64.5 por habitante.

El Gasto Social constituye el instrumento de gestión más importante para coadyuvar el logro de la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Esto significa acceso universal y oportuno a los servicios de buena calidad. Además, el Gasto Social debe estar orientado a formar las capacidades básicas de las personas, lo que hace posible su posterior perfeccionamiento y explotación. Estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana, prolongada, creativa y productiva.

En Nicaragua, el Gasto Social comprende cinco funciones sociales: a). Gasto en Educación, b). Gasto en Salud, c). Servicios Sociales y Asistencia Social, d). Vivienda y Servicios Comunitarios y e). Servicios Recreativos, Culturales y Religiosos.⁵⁰

4.4. Impacto Social.

La construcción y rehabilitación de nuevos complejos médicos tiene grandes impactos positivos en la población como: ampliación de la cobertura de servicios médicos, por contar con un mayor tamaño y cartera de servicios,

⁴⁹ Informe en gestión salud a Septiembre 2015

⁵⁰ Estadísticas Banco Mundial 2014



mejor atención a la población, con una mejor calidad en ella. Este tipo de proyectos permite incrementar la cobertura médica a la población, especialmente la atención anual de consultas externas, servicios de emergencia y cirugías.

Se destaca también que habrá transferencia de conocimientos y habilidades profesionales al personal de los nuevos hospitales mediante programas de capacitación y asistencia técnica lo que quiere decir tendrán impactos directos sobre las capacidades y habilidades individuales de los trabajadores. También beneficia esta construcción y rehabilitación con la creación de empleos creando puestos directos durante la etapa de ejecución del proyecto, además de la etapa de operación que también genera creación de empleos.

Este tipo de proyectos crea además impactos muy positivos en la reducción de la pobreza, ya que mejorará la calidad de vida y productividad de las personas, incrementando sus ingresos y el sustento de sus familias.⁵¹

La construcción de los nuevos complejos médicos han generado impactos positivos en la población como: ampliación de la cobertura de servicios médicos, por contar con un mayor tamaño y cartera de servicios.

También hay transferencia de conocimientos y habilidades profesionales al personal de todos los hospitales, mediante un programa de capacitación y asistencia técnica, es decir esto crea un impacto directo sobre las capacidades y habilidades individuales de los trabajadores.

Los proyectos además han creado un impacto positivo en la pobreza ya que ha mejorado la calidad de vida y productividad de las personas, incrementando sus ingresos y el sustento de sus familias.⁵²

⁵¹ Estadísticas Banco Mundial 2014



4.5 Grupos de Población beneficiadas con el mejoramiento de infraestructura del sector salud.

La población definida para el Modelo de Atención se identifica por grupos de población según ciclo de vida, siendo estas las siguientes:

1) Niñez

Inicia desde que un ser humano es concebido y abarca a los individuos hasta antes de cumplir los 10 años de edad. La niñez es el grupo de población más desvalido que tiene la sociedad ya que es dependiente en diferentes grados.

Períodos que abarcan la niñez: Embrionario y fetal, Neonatal o de recién nacido, Post-neonatal, Lactantes menores, Preescolares, Escolar.

2) Adolescentes

Este grupo poblacional comprende a las personas de 10 a 19 años y en él se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, el embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental.⁵³

3) Adultos

Este grupo de población comprende a las personas de 20 a 59 años, que debe ser dividido al menos en dos subgrupos: las personas de 20 a 49 años y las de 50 a 59 años. La provisión de servicios debe dirigirse a la detección oportuna de factores de riesgo de problemas de salud priorizados en este grupo

⁵² Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007

⁵³ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



poblacional, así como acciones dirigidas a mejorar su salud sexual y reproductiva.

Se trata de un grupo de población en edad productiva y reproductiva cuyos problemas de salud son originados en edades tempranas fundamentalmente por hábitos y estilos de vida poco saludable, accidentes laborales y exposición a factores ambientales cuyos efectos solo se detectan después de largo período, lo que impone severas exigencias para su atención.

4) Adultos mayores

Este grupo poblacional comprende a las personas de 60 años y más. Como grupo esencial y vulnerable de la sociedad el adulto mayor debe vivir con dignidad y conservar la máxima capacidad funcional posible.⁵⁴

4.6 Beneficios Económico Sociales que provoca el incremento de infraestructura en el sector salud.

Los diferentes regímenes de salud consideran especialmente a la población vulnerable, aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

Para la identificación de grupos vulnerables se debe focalizar los grupos en base a criterios de riesgo como:

1. Accesibilidad geográfica.
2. Acceso a servicios básicos.
3. Comunidades con mínimo nivel de desarrollo.
4. Inequidades de ingreso

⁵⁴ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



5. Disparidades de género.

6. Oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad).⁵⁵

4.7 Abordaje integral y eficaz de la salud para la sociedad

Una provisión de servicios efectivos y eficientes debe considerar a la población en términos de la persona, familia y comunidad como sujetos de la atención inmersos en un entorno físico y ecológico que le favorecen o limitan su salud.

1) Atención centrada en las personas

La prestación de servicios se centra en el cuidado y auto cuidado de las personas y no solo en la atención a “enfermedades”, por lo que las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas según el grupo atareó a que pertenezcan.

Es importante destacar la *aptitud cultural* en la atención, que implica la identificación de las necesidades diferentes y el abordaje de atención a los miembros de poblaciones especiales por sus características étnicas, raciales, culturales o de otra índole.

2) Atención centrada en la familia

La familia es la institución social básica, es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la sociedad.⁵⁶

En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la transmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto afectivos como

⁵⁵ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007

⁵⁶ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia donde se fomenta la salud o se genera la enfermedad.

El enfoque de atención centrada en la familia lleva al prestador a conocer que factores en los miembros de la familia del usuario están influyendo en sus problemas de salud y también cuáles son los problemas que la familia y sus miembros están recibiendo de parte del usuario.

3) Atención centrada en la comunidad

Las necesidades de salud de los usuarios son modificadas por su contexto socioeconómico, por lo que la identificación de dichas necesidades requiere conocer ese contexto.

Los servicios de salud orientados a la comunidad deberán contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica como de la óptica comunitaria. En ellos, el personal de salud, los proveedores, participan en los asuntos de la comunidad y poseen conocimientos específicos sobre los sistemas sociales y de apoyo solidarios existentes, incluyendo los recreativos, religiosos y políticos.⁵⁷

En este proceso, la comunidad y sus miembros, participaran tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como las jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (barrios, escuelas, mercados, espacios o municipios y el entorno laboral), las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, ferias de salud entre otras.

Para los grupos étnicos, las comunidades indígenas son la unidad geográfica base de su organización. Constituyen su garantía de sobrevivencia, puesto que

⁵⁷ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

a ese nivel los pobladores mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de su comunidad y la naturaleza. A través de esas relaciones se ha transmitido de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida de la comunidad.

Esta visión obviamente incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades indígenas, por tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.⁵⁸

⁵⁸ Modelo de Salud Comunitario MOSAFC 2007



Resumen de los Principales Hospitales en Nicaragua que aún se encuentra en construcción en el 2016.

Resumen de la ejecución:

- Construcción y equipamiento del Hospital General de la Zona Occidental de Managua, con una ejecución de C\$46.1 millones y ejecución física de 4.7% de la obra.
- Reemplazo y equipamiento de hospital primario en San José de Bocay, con una ejecución de C\$46.2 millones y ejecución física de 40.2 % de la obra.
- Rehabilitación del Hospital Departamental Alemán Nicaragüense, con una ejecución de C\$35.4 millones. Este proyecto está compuesto por dos obras, una de ellas está finalizada con el 100% de ejecución física, mientras que la segunda obra tiene una ejecución física de 62.4%.
- Rehabilitación del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, con una ejecución C\$27.8 millones y ejecución física de 95.0 % de la obra.
- Mejoramiento del Hospital César Amador Molina del Municipio de Matagalpa, con una ejecución de C\$29.2 millones y ejecución física de 95.0% de la obra.
- Rehabilitación del Hospital Asunción de Juigalpa, con una ejecución de C\$16.2 millones y ejecución física de 36.1% de la obra.
- Construcción de Casas Maternas, con una ejecución de C\$16.3 millones.
- Mejoramiento y equipamiento del Hospital primario de El Rama, con una ejecución de C\$14.4 millones.
- Equipamiento médico para unidades de salud del segundo nivel, con una ejecución de C\$43.9 millones.
- Rehabilitación del Hospital Departamental Victoria Motta de Jinotega, con una ejecución de C\$24.9 millones.

⁵⁹ Fuente: Informe Ejecución Presupuestaria Enero Septiembre 2015 pág.



Conclusiones

A lo largo del período del 2010 al primer semestre de 2015, el presupuesto del Minsa presentó aumentos dentro de las asignaciones presupuestarias de cada tipo de gasto, sin embargo estas sufrieron una serie de fluctuaciones debido a la prioridad del gasto corriente que se mantiene cada año.

El porcentaje del PIB de igual manera presentó variaciones y se debe destacar que en cuanto al gasto de ejecución fue casi constante, asegurando de esta manera la efectiva construcción de hospitales, centros de salud y otros que fueron proyectados, en lugares estratégicos donde hacían falta centros de atención a la salud de la población.

Durante el período de estudio del 2010 al primer semestre de 2015, el total de fondos externos destinados al sector salud presentó disminuciones impresionantes, por consiguiente esto derivó en que la infraestructura del sector salud no creciera en los niveles deseados, esto es algo que no hubiera sucedido si dichos fondos habrían sido constantes para el sector salud. Pese a esta situación en este período de estudio, se debe destacar que el crecimiento de la infraestructura y los proyectos ejecutados del sector salud han sido aceptables pero se debe mejorar, el Gobierno debe de priorizar y aumentar más los montos al sector salud en el presupuesto.

Se ha demostrado con el presente trabajo investigativo el porcentaje del Gasto en infraestructura del sector Salud, la ejecución de cada año, la procedencia de los fondos para consumir estos proyectos que son de bienestar social.

Se ha pretendido mostrar el enfoque del Gasto desde una perspectiva Económico Social, se han considerado un sin número de indicadores Sociales y Económicos que han permitido medir el nivel de Eficiencia y Eficacia que



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

provee la construcción y el mejoramiento de Hospitales y centros de atención médica en toda la región Nicaragüense. Cabe destacar de manera importante que el aporte Social que brindan estos proyectos es de gran ayuda ya que se benefician las comunidades que se les dificulta la atención médica por la distancia en que estos se encuentran, de igual manera se benefician las personas con menos ingresos Económicos; también reduce un porcentaje de la pobreza creando empleo con la mano de obra que se utiliza para la construcción de los hospitales y centros de atención médica.



Recomendaciones

Si bien es cierto que hubieron grandes aumentos en el presupuesto del Minsa del 2010 al 2015 y éste se destinó a obras de infraestructura, recomendamos que se debería destinar un poco más a Gasto Capital ya que éste tiene gran relevancia para lograr mejorar la calidad de vida de las personas, se le debe dar prioridad de gasto a la salud, porque una población en mal estado de salud no rinde para ninguna actividad. El sector salud debe ser priorizado.

Se recomienda una mejor ejecución de los programas ya que si bien desde 2010 hasta 2015 las asignaciones aumentaron no se llegó a 100% de la ejecución de la mayoría de los programas en 2014 y 2015.

Recomendamos un aumento en los proyectos de mejoras de infraestructura ya que estos son de gran beneficio para la población de escasos recursos y disminuye los riesgos de la población de morir por falta de acceso a la salud pública o deficientes condiciones en infraestructura en los lugares más alejados.



BIBLIOGRAFIA

1. Boletín de Finanzas Publicas Enero-Septiembre 2014, BCN.
2. Boletín de Finanzas Publicas II Trimestre 2015, BCN.
3. Nicaragua en cifras 2014, BCN.
4. Informe de Gestión en Salud 2010, MINSA.
5. Informe de Gestión en Salud 2011, MINSA.
6. Informe de Gestión en Salud 2012, MINSA.
7. Informe de Gestión en Salud 2013, MINSA.
8. Informe de Liquidación Presupuestaria 2014.
9. Informe de Liquidación Presupuestaria 2015.
10. El derecho de la salud en Nicaragua, Ana Quiroz Viquez, Instituto de Políticas Estratégicas de Políticas Públicas, IIEEPP.
11. Informe Ejecución Presupuestaria Enero-Junio 2015, Hacienda y Crédito Público.
12. Informe anual 2013, BCN.
13. Informe de Gestión en Salud 2012, MINSA.
14. Informe de Gestión en Salud 2013, MINSA.
15. Programa Económico Financiero 2014-2018, PEF.
16. Presupuesto General de la Republica 2013, IIEEPP.
17. Plan de Desarrollo humano 2012-2016.
18. Modelo de Salud Familiar y Comunitario, MOSAFC.
19. <http://www.lavozdelsandinismo.com/nicaragua/2013-02-27/inauguran-sala-de-emergencias-del-hospital-luis-felipe-moncada-en-san-carlos/>
20. <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/101510/inauguran-sala-de-rehabilitacion-en-somoto>
21. <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/100647/inauguran-rehabilitacion-de-sala-de-oncologia-del-berta-calderon>



22. <http://www.elpueblopresidente.com/noticias/ver/titulo:16382-gobierno-entrega-a-matagalpinos-rehabilitacion-de-hospital-escuela-cesar-amador-molina-de-matagalpa>
23. <http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:24324-gobierno-rehabilita-antiguo-hospital-santiago-de-jinotepe>
- 24.
25. <http://www.vivanicaragua.com.ni/2014/12/04/sociales/san-francisco-libre-con-nuevo-hospital/>
26. <http://www.lavozdelsandinismo.com/ciencia-tecnica/2014-06-06/hospital-caraceno-con-nueva-sala-de-cuidados-intensivos/>
27. <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/175313/nicaragua-sigue-avanzando-en-la-ruta-de-la-prosperidad>



ANEXOS



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

El Gasto Público en salud comprende el gasto corriente y del capital proveniente de los presupuestos públicos, préstamos y donaciones el cuadro muestra la diferencia del gasto como porcentaje del PIB de los países centroamericanos. En ellos se puede observar que el país con mejor gasto en salud es Costa Rica, seguido de El Salvador y nuestro país se encuentra en tercer puesto seguido de Honduras y con el gasto más bajo se puede observar a Guatemala.

Anexo 1

**Gasto en Salud Total (% de PIB) Centroamérica.
2010- I sem 2015.**

Gasto en Salud, Sector Público (% del Gasto en Salud)	
Países	Porcentaje
Guatemala	37,6
Honduras	50,6
Nicaragua	56,4
El Salvador	66
Costa Rica	72,7

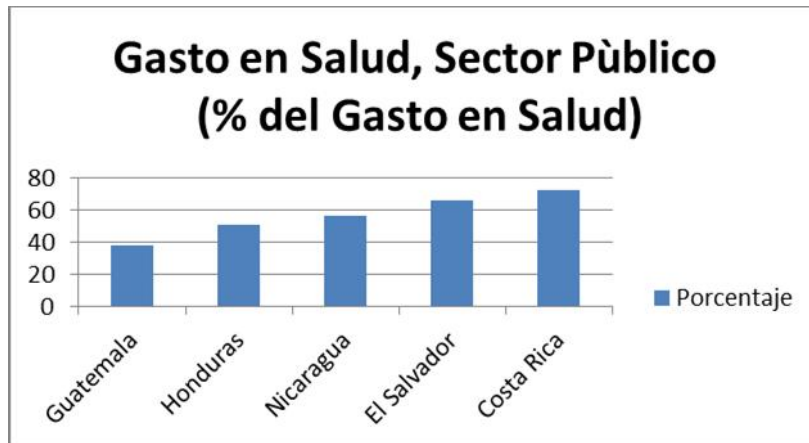
Fuente: Elaboración propia.



Anexo 2

Gasto en Salud Total (% del PIB)

2010- I sem 2015.



Fuente: Elaboración propia.⁶⁰

Se se pueden observar las variaciones que tuvo el gasto en salud como porcentaje del PIB de Nicaragua y su comparación con Costa Rica y Honduras. Se observa la diferencia entre cada uno de los países, en esta comparación Costa Rica sigue destinando más recursos en el gasto total en salud, estando por encima de Nicaragua y Honduras. Con respecto al comportamiento de gasto total en salud de Nicaragua, cabe mencionar el crecimiento que ha presentado desde el año 2010, logrando así llegar a un 9.0 % del PIB durante el año 2014.

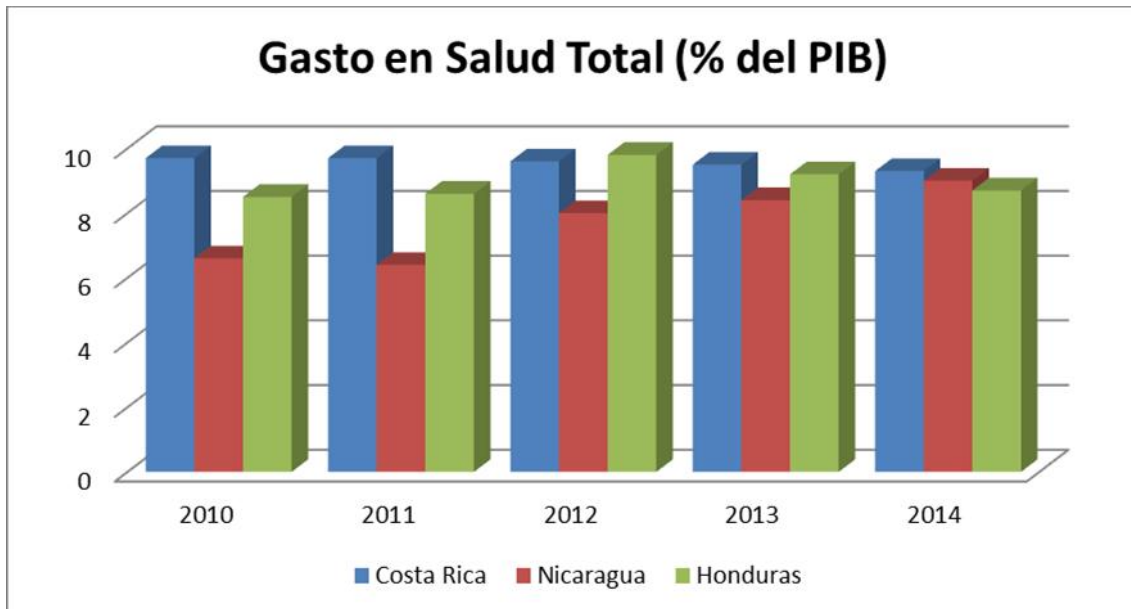
⁶⁰ Idem 24



Anexo 3

Gasto en Salud Total (% del PIB)

2010-2014



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial.

www.datos.bancomundial.org

Anexo 4

Gasto Total Salud % del PIB

2010-2014

Gasto Total en Salud % del PIB			
Año	Nicaragua	Costa Rica	Honduras
2010	6.6	9.7	8.5
2011	6.4	9.7	8.6
2012	8	9.6	9.8
2013	8.4	9.5	9.2
2014	9	9.3	8.7

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial.

www.datos.bancomundial.org



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Muestra de manera un poco más clara las variaciones en porcentaje de las donaciones recibidas por el Minsa para el desarrollo de sus actividades. En él se puede observar que los fondos de donaciones presentaron considerables disminuciones lo que refleja fluctuaciones negativas en el porcentaje de éstas.

Anexo 5
Variación de Donaciones del MINSA.
2010- I sem 2015

Variación de Donaciones		
Años	Variación	% de Variación
2010-2011	-193,662,942.00	30.72850435
2011-2012	17,340,709.00	3.820241897
2012-2013	-28,104,953.00	6.19165681
2013-2014	-169,398,738.24	39.78255927
2014-2015	-229,748,362.18	89.60096299

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

Muestra de manera más clara las variaciones en porcentaje de las donaciones recibidas por el Minsa para el desarrollo de sus actividades. En él se puede observar que en unos años con respecto de otros las variaciones son muy grandes, lo que se puede considerar como disminuciones amplias en préstamos para el sector salud.

Anexo 6
Variación de los Préstamos del MINSA.
2010- I sem 2015

Variación de Prestamos.		
Años	variación	% de variación
2010-2011	-100,445,538.00	62.90594211
2011-2012	149,825,198.00	71.66769538
2012-2013	149,894,878.00	41.75922988
2013-2014	75,918,291.06	17.45775479
2014-2015	-189,792,852.98	43.64372593

Fuente: Elaboración propia en base a DGAF-MINSA/ SIGFA



En el año 2015 las donaciones fueron mínimas las menores de todo el período estudiado y los préstamos por el contrario representaron una baja con respecto del 2014. Podemos apreciar las variaciones de estos años.

Breves reseñas de hospitales construidos que han traído beneficio social:

Las familias Nicaragüenses ven restaurado su derecho a la salud y a contar con una atención médica que les permita elevar los índices de calidad de vida, con el mejoramiento de equipamiento para todos los centros de atención hospitalaria de igual forma con el mejoramiento de infraestructura como en construir hospitales nuevos y centros de atención en comunidades lejana donde el transporte es difícil.

Estos son algunas reseñas de centros de atención médica que ha ayudado a la población Nicaragüense:



Puesto de Salud Comunitario | Redacción Central | 16/12/2015 ⁶¹

⁶¹ Puesto de Salud Comunitario | Redacción Central | 16/12/2015



En cuanto a las inversiones en infraestructura realizadas entre los años 2010 al 2015 se ha realizado mejoras de las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención, entre las cuales están los siguientes proyectos:

1. Hospital Primario El Sauce, Departamento de León.
2. Hospital Primario San Juan del Rio Coco, Departamento de Madriz
3. Hospital Primario, Muelle de los Bueyes, Región Autónoma del Atlántico Sur
4. Ampliación de la Ruta Crítica del Hospital Regional San Juan de Dios Estelí, Departamento de Estelí.
5. Ampliación de la Ruta Crítica del Hospital Asunción de Juigalpa, Departamento de Chontales.
6. Centro Oftalmológico de Matagalpa
7. Casa Materna de Somotillo, Departamento de Chinandega.
8. Centro de Salud en Diriamba, Departamento de Carazo.
9. Policlínica de Atención Integral al Jubilado, Lidia Saavedra de Ortega en Juigalpa.
10. Hospital Solidaridad
11. Rehabilitación del área de emergencia del hospital Ernesto Sequeira, Bluefields, RAAS
12. Construcción de casa materna Laguna de Perlas, RAAS
13. Construcción de Hospital Primario La Dalia
14. Construcción de Hospital Primario "Comandante Carlos Fonseca" Mulukukú, RAAN
15. Construcción de Hospital Primario Prinzapolka, RAAN.
16. Rehabilitación del quirófano de emergencia de labor y parto, unidad de Cuidados intensivos para neonatología, dos salas de labor y parto y dos salas de alto riesgo obstétrico del Hospital Asunción de Juigalpa
17. Rehabilitación del Centro De Salud de Condega, Estelí



- 18.Rehabilitación del Puesto de Salud San Andrés en Wiwili, Jinotega
- 19.Construcción de Puesto de Salud El Triunfo, El Almendro, Río San Juan
- 20.Rehabilitación del Área de Emergencia del Hospital Santiago de Jinotepe, Carazo
- 21.Construcción de Policlínico Iraní, Distrito VII, Managua.
- 22.Rehabilitación del Bloque Quirúrgico (7 Quirófanos) del Hospital Oscar Danilo Rosales, León
- 23.Remodelación del Centro de Ginecología Oncológica del Hospital Bertha Calderón
- 24.Reemplazo Hospital Primario San Francisco de Asís de Camoapa, Boaco
- 25.Construcción de Puesto de Salud El Corozo, Prinzapolka RAAN.
- 26.Construcción de Puesto de Salud Silibila, Prinzapolka RAAN.
- 27.Construcción del Centro de Salud Belén, Rivas
- 28.Modulo para la atención de Ginecoobstetricia en el Hospital Alemán Nicaragüense – Managua
36. Puesto de Salud Santa María de los Ángeles, Managua
- 29.Hospital primario de Tipitapa
- 30.Centro de salud San Rafael del Sur, Managua
- 31.Consultorios y consulta externa de la filial Jinotepe CMP,MINSA
- 32.Ampliación del área de hospitalización filial Nueva Segovia, CMP MINSA
- 33.Construcción del bloque quirúrgico, Rayos X, labor y parto, recuperación filial Boaco, CMP MINSA



Inauguran sala de emergencias del hospital Luis Felipe Moncada en San Carlos

Se trata de una obra impulsada por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional con una inversión de 18 millones 668 mil córdobas



Se trata de una obra impulsada por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional con una inversión de 18 millones 668 mil córdobas

La sala de emergencias del hospital Luis Felipe Moncada, obra del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional con una inversión de 18 millones 668 mil córdobas, quedó inaugurada por las autoridades de Salud de Río San Juan junto a la población.

La nueva infraestructura cuenta con un área de laboratorio, una sala de revisión ginecológica, un área de shock, una sala de observación y otra de radiología.

El director del SILAIS de Río San Juan, doctor Fernando Canales Alemán, destacó los esfuerzos del Comandante Daniel por mejorar los servicios de salud, y puso como ejemplo la nueva sala de emergencia de este hospital.

Esta obra debe ser complementada con nuestra vocación de servicio, elevando nuestra calidad de atención sobre todo a los pacientes que vengan en busca de una atención inmediata. Además, los trabajadores debemos asumir nuestro compromiso de asegurar la limpieza del local, aseguró el doctor Canales.



Por su parte, el director del Hospital, doctor Víctor Hugo Gómez, señaló, reseña El Pueblo Presidente, que los grandes objetivos de la nueva sala de emergencia son atender de forma inmediata a la población, reducir el tiempo de espera de los pacientes que llegan referidos de las unidades de salud, y disminuir las muertes maternas e infantiles, principalmente.

Inauguran sala de rehabilitación en Somoto

La nueva sala de fisioterapia del hospital Juan Antonio Brenes, de la ciudad de Somoto, en el departamento de Nueva Segovia, es un sueño hecho realidad para el personal de salud que labora en esa área ya que les permitirá mejorar la calidad de atención a los pacientes y avanzar en el proceso de restitución del derecho a una salud digna que impulsa el Gobierno Sandinista.

Flor de María Rodríguez, responsable del área de fisioterapia, explicó que las gestiones para la construcción de la sala iniciaron hace más de diez años pero es hasta hoy con el Gobierno Sandinista que pueden contar con un lugar digno y confortable para atender a los pacientes. “Este es un sueño cumplido y pensamos darle a los pacientes una reeducación muscular esmerada en todos los tipos de tratamientos”, dijo Flor de María. El centro atiende personas con parálisis facial, fracturas, accidentes cerebro-vasculares y pacientes con discapacidad. Cuenta con el área de mecano-terapia, estimulación temprana y reeducación muscular.

La fisioterapeuta Carmen Isabel García dijo que antes el centro funcionaba en el centro de salud Jairo Bismarck Moncada en un espacio muy reducido por lo que tenían limitaciones para atender a los pacientes. “Esto es algo maravilloso porque en los 24 años que tengo de trabajar hemos luchado por tener algo mejor para los pacientes y es hasta ahora que lo logramos y creo que va a suplir todas las necesidades que tiene la población”, expresó. Su Eminencia el Cardenal Miguel Obando y Bravo, quien recientemente inauguró la sala, indicó que con la construcción de este centro se está poniendo en práctica los principios cristianos de ayudar al más necesitado. “Cristo se interesó por la



salud de los enfermos y los médicos y enfermeras hacen el papel de Cristo que cuidó a los leprosos y a los enfermos. Felicito al gobierno de Nicaragua que se ha interesado en construir este centro en pro de nuestros semejantes”, manifestó. Por su parte, la ministra de salud, Sonia Castro señaló que una de las prioridades del gobierno sandinista es garantizar la atención a las personas con discapacidad, una tarea que ya emprendida por la Brigada Médica nicaragüense-cubana “Todos con Voz” y que hoy continúa con la construcción de este centro.

“El departamento de Madriz no contaba con una unidad especializada para estos fines y como parte de la continuidad a este proyecto solidario es que estamos inaugurando este centro para que contribuya a la rehabilitación de estas personas”, dijo. Indicó que el nuevo edificio brindará los servicios de terapia ocupacional y estimulación temprana, entre otros, a la niñez, excombatientes, discapacitados de guerra y a la población en general.

“Históricamente estos servicios estuvieron concentrados en Managua y en algunas cabeceras departamentales”, subrayó. La mayoría de las personas que acuden a esta área son de escasos recursos y provienen de los municipios de San José de Cusmapa, La Sabana, San Lucas, Somoto, Yalagüina, San Juan de Río Coco, Totogalpa y Telpaneca, entre otros.



Rehabilitación de sala de oncología del Berta Calderón

Con una inversión de 250 mil dólares, el Ministerio de Salud inauguró la rehabilitación de la sala de oncología del hospital Berta Calderón, así lo informó la directora del centro asistencial, doctora Maribel Hernández. Indicó que anteriormente las mujeres internadas en la sala percibían un ambiente hostil e inhóspito, ahora tiene una estructura donde le brinda mayor calidez, privacidad y la paciente podrá estar cerca de su familiar.

Explicó que la obra consistió en construir nuevos cuartos para 42 camas, donde se brinda mayor privacidad, además la paciente sentirá que su instancia es más calidad. Añadió que, aparte, el MINSa está invirtiendo 4 millones 300 mil córdobas en la rehabilitación la central de equipos del hospital, asimismo la unidad de terapia intensiva con una inversión 3 millones 200 mil córdobas y la climatización de los aires acondicionadas con un costo de aproximadamente 3 millones de córdobas. El Cardenal Miguel Obando y Bravo felicitó a las autoridades del hospital, "sabemos que ellas tienen que ejercer la caridad, realmente tanto las enfermeras hacen un buen servicio", dijo.



Rehabilitación de hospital escuela César Amador Molina de Matagalpa



Con una inversión que supera los 130 millones de córdobas, el Gobierno del Presidente Daniel Ortega, entregó hoy a la población matagalpina las obras de rehabilitación y ampliación del hospital escuela César Amador Molina de Matagalpa y otras instalaciones de salud, que convierten a este centro en el más grande y moderno del país.

Las obras de rehabilitación y ampliación se inauguraron en saludo al 36 aniversario de la Revolución Popular Sandinista con la participación de las madres de héroes y mártires, los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida, los Consejos Sandinistas de Desarrollo Humano, los combatientes históricos, autoridades políticas y administrativas del departamento de Matagalpa, justo cuando dicho hospital está por cumplir 31 años de su fundación.

Corina Centeno, secretaria departamental de la Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD), recordó que el Hospital César Amador Molina fue fundado por el gobierno del Presidente Daniel en 1984, cuando esa zona del país vivía los embates de la agresión contrarrevolucionaria financiada por el gobierno de Estados Unidos.



Análisis del Nivel de Ejecución de los Programas de Inversión Pública de Infraestructura del Minsa en el período del 2010 hasta el primer semestre 2015

“La revolución lo hizo para atender a unos 400 mil pobladores del departamento, pero ahora sólo el municipio de Matagalpa cuenta con más de 600 mil habitantes y también damos salud a pobladores del triángulo minero, de Jinotega y de otras zonas del país, porque lo hacemos con amor, con cariño y solidaridad”, afirmó Centeno.

Las áreas que fueron rehabilitadas o ampliadas son pediatría, cirugía, ortopedia, gineco-obstetricia, Alto Riesgo Obstétrico, medicina interna, hospitalización, la Unidad de Cuidados Intensivos, el banco de sangre, seis quirófanos -entre ellos uno totalmente nuevo-, el laboratorio clínico y el de patología, se construyó un nuevo sistema hidrosanitario, servicios higiénicos, el servicio de agua potable y el incinerador..

Por su parte, el Secretario General del Ministerio de Salud, doctor Enrique Beteta, dijo que sólo un Gobierno que se preocupa por la salud de su población, hace posible que los más pobres tengan acceso a salud de calidad, en mejores condiciones, con métodos diagnósticos especializados y atención con cariño y solidaridad.

“Este es un proyecto de esperanza con el que se hace realidad el sueño de nuestros héroes y mártires, en este modelo de responsabilidad compartida con el que miles de ciudadanos estamos consolidando el Modelo de Salud Familiar y Comunitario”, dijo por su parte la secretaria política departamental, compañera Fulvia Castro.

En el mismo acto, también se dio por inauguradas las obras de rehabilitación del laboratorio de epidemiología en el Policlínico Trinidad Guevara del municipio de Matagalpa, y las obras de ampliación y rehabilitación de la sede del SILAIS en este departamento.

La ampliación del área de Medicina Interna, está permitiendo que ahora la población pueda ser atendida en la especialidad de cardiología.



El Hospital César Amador Molina atiende anualmente 6,300 partos, realiza 12,600 cirugías, brinda 140 mil consultas médicas y tiene un egreso hospitalario de 22,600 personas.

Funcionará como centro de capacitación para trabajadores de la salud

Gobierno rehabilita antiguo hospital Santiago de Jinotepe



Por más de 40 años fue un centro de referencia en atención de salud para los caraceños hasta que el crecimiento poblacional y el terremoto del 1972 provocaron que se trasladara al personal y a los pacientes a las nuevas instalaciones que todavía conservan como el Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

El edificio fue construido en los años 20 e inaugurado como el Hospital Regional Santiago en 1930 y funcionó como tal hasta diciembre de 1972, tiempo después estuvo en abandono y hoy el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, que preside el Comandante Daniel Ortega Saavedra y la Compañera Rosario Murillo, a través del Ministerio de Salud (Minsa) ha orientado su rehabilitación para que inicie operaciones como un museo que relate la historia médica del departamento de Carazo y como un centro de capacitación para los trabajadores de la salud.



El Gobierno Sandinista invirtió cerca de C\$8 millones de córdobas para rehabilitar la infraestructura de lo que una vez fuera un hospital, a fin de crear un centro de historia, de turismo y capacitación para los caraceños.

“Además que cuente la historia, como hemos ido mejorando con una responsabilidad social que ha caracterizado a nuestro Gobierno en la calidad, calidez y el cariño que le brindamos a la población, la idea es que sea un centro para fortalecer la capacidad de los recursos humanos del Ministerio de Salud en el departamento”, explicó Leticia Aburto, delegada departamental del Minsa en Carazo.

María Elena Suarez, quien fuera auxiliar de enfermería en el antiguo hospital, dijo sentirse muy contenta por la rehabilitación del viejo edificio donde ella trabajó por varios años, lo que permitirá revivir la historia del hospital, del personal que laboró en el, pero sobre todo contar con un sitio para las capacitaciones del personal y de esa forma fortalecer el sistema sanitario del departamento.

“Realmente es un orgullo para el pueblo, para los trabajadores en general porque va a ser un centro de capacitación de historia de lo que fue este hospital, de lo que es ahorita y de lo que será, entonces esto trae cultura, enseñanza, viene a mejorar la salud del pueblo”, comentó Carmen Alegría Salazar, dirigente de Fetsalud y el Frente Nacional de los Trabajadores (FNT) en Carazo.

El Arq. Eliezer Hernández Alemán, de Construcciones Núñez, firma responsable de la rehabilitación del edificio, detalló que en el edificio se están realizando obras civiles, mejoramiento del sistema eléctrico, reemplazo de la madera, cambio del techo y del piso, sin cambiar su arquitectura.

“La arquitectura no ha cambiado, se remodeló, se rehabilitó dejando el mismo diseño arquitectónico original, más bien se mejoraron algunas partes



del edificio, se levantaron algunas paredes con la misma arquitectura y de ahí se cambiaron pisos, la madera que estaba en mal estado, el techo”, indicó Hernández.

Se prevé que la obra sea entregada el 18 de diciembre, fecha en que podría ser inaugurado por las autoridades de salud.

San Francisco Libre con nuevo hospital

Por primera vez en su historia, el municipio de San Francisco Libre tiene su propio hospital primario. El Ministerio de Salud invirtió 70 millones de córdobas para la construcción de 2,800 metros cuadrados y en el equipamiento de sus instalaciones.

Hospital caraceño con nueva sala de cuidados intensivos

La instalación cuenta con ocho cubículos y modernos equipos para mejor atención a los pacientes



El Hospital-Escuela Regional Santiago de Jinotepe, en Carazo, cuenta con una nueva Unidad de Cuidados Intensivos que contribuirá a mejorar la atención a los pacientes.



El director del centro hospitalario, doctor Faisal Eslaquit, precisó que el Gobierno invirtió más de doce millones de córdobas en la construcción y equipamiento de la instalación.

Apuntó que cuenta con ocho cubículos y entre los modernos equipos se encuentra uno que mide la capacidad de oxígeno en la sangre y el cerebro de la persona que recibe los cuidados.

También la doctora Leticia Aburto Alegría, directora del Sistema Local de Atención Integral en Salud en el departamento, resaltó los beneficios de la nueva unidad para brindarles toda la atención a los pacientes sin necesidad de trasladarlos a otros hospitales de referencia nacional.

“Recordemos que esta es un Hospital Regional y también un Hospital Escuela donde se atiende a personas de Nandaime, Rivas, Granada, de Masaya, de los municipios de Carazo y hasta de El Crucero y San Rafael del Sur por la cercanía”, apuntó.

El Padre Neguib Eslaquit bendijo la moderna instalación y agradeció el esfuerzo del Gobierno de nuestro Presidente Daniel Ortega por llevar mejor salud a la población.

“Es una gran cosa que nuestro Departamento cuente con modernas instalaciones hospitalarias porque así se salvarán las vidas de muchos cristianos y de muchas personas de bien”, manifestó el eclesiástico.



Construcción de hospitales

Con una inversión de C\$627.0 millones equivalente al 6.2% del total de las inversiones públicas, contribuyendo a la mejoría en los servicios de salud dentro de los esfuerzos del combate a la pobreza.

Este año se concluyó la construcción del hospital primario en el municipio de San Francisco Libre con una inversión de C\$69.8 millones.

Además, se construyó 334.2 m² de área de medicina transfusional del Hospital Bertha Calderón en el municipio de Managua con una inversión de C\$5.9 millones y un moderno centro de Patología en el Hospital de la Mujer Bertha Calderón.

Se edificó la bodega departamental de insumos médicos en el municipio de Matagalpa con una inversión de C\$5.0 millones.

La casa materna en Waspán (C\$3.8 millones); en Waslala (C\$3.8 millones), en Ciudad Antigua-Nueva Segovia (C\$3.6 millones) y en Jinotega (C\$3.7 millones), la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Santiago de Jinotepe (C\$9.4 millones) con 303 m².

De la misma forma, se rehabilitaron 548 m² del Centro de Salud familiar en San José de Bocay Jinotega con una inversión de 2.7 millones y 334.2 m² del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, La Mascota y se le suministró equipós médicos con una inversión de C\$6.3 millones.

También se equipó un Moderno laboratorio en el Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños en Masaya.