

Delmelle, Guy; Mendoza, René

**Working Paper**

## Reformas estatales, fortalecimiento institucional y políticas de movilización de recursos en Nicaragua: El caso del sector de la salud

UNRISD Working Paper, No. 2017-9

**Provided in Cooperation with:**

United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD),  
Geneva

Suggested Citation: Delmelle, Guy; Mendoza, René (2017) : Reformas estatales, fortalecimiento institucional y políticas de movilización de recursos en Nicaragua: El caso del sector de la salud, UNRISD Working Paper, No. 2017-9, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Geneva

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/186092>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



Documento de Trabajo 2017-9

# **Reformas Estatales, Fortalecimiento Institucional y Políticas de Movilización de Recursos en Nicaragua: El Caso del Sector de la Salud**

*Guy Delmelle y René Mendoza*

Preparado para el proyecto de UNRISD sobre las  
Políticas de movilización de recursos domésticos  
para el desarrollo social

Julio 2017



# UNRISD

Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social

El Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) es un instituto autónomo dentro del sistema de las Naciones Unidas que realiza investigaciones multidisciplinarias y análisis de políticas sobre las dimensiones sociales de cuestiones contemporáneas de desarrollo. Nuestra labor consiste en velar por que la equidad social, la inclusión y la justicia sean piezas fundamentales del pensamiento, la política y la práctica del desarrollo.

UNRISD, Palais des Nations  
1211 Geneva 10, Switzerland  
Tel: +41 (0)22 9173020  
Fax: +41 (0)22 9170650

[info@unrisd.org](mailto:info@unrisd.org)  
[www.unrisd.org](http://www.unrisd.org)



La Fundación Internacional para el Desafío Económico Global (FIDEG) es una ONG de la sociedad civil nicaragüense, que opera como un centro de pensamiento independiente y multidisciplinario, enfocado en la realización de investigaciones, estudios, consultorías institucionales, entre otras, con énfasis en los temas económicos y financieros, así como de desarrollo social y lucha contra la pobreza, con una visión de género.

Fundación Internacional para el Desafío Económico Global (FIDEG)  
Bolonia, de PriceSmart 2C al Norte  
Managua Nicaragua  
Tel: +505 (0)22668708/09

[info@fideg.org](mailto:info@fideg.org)  
[www.fideg.org](http://www.fideg.org)

Versión en español: Copyright © UNRISD, FIDEG 2017

Esta no es una publicación formal de UNRISD. La responsabilidad de las opiniones expresadas en los estudios corresponde exclusivamente a su(s) autor(es), y la disponibilidad en el sitio web del Instituto ([www.unrisd.org](http://www.unrisd.org)) no constituye una aprobación por parte de UNRISD de las opiniones expresadas en ellos. Ninguna publicación o distribución de estos documentos está permitida sin la autorización previa de(1) (los) autor(es), salvo para uso personal.

# **Introducción a los Documentos de Trabajo sobre Las Políticas de Movilización de Recursos Domésticos para el Desarrollo Social**

Este documento forma parte de una serie de publicaciones derivada del proyecto de investigación sobre Las Políticas de la Movilización de Recursos Domésticos para el Desarrollo Social.

Este proyecto busca contribuir al debate global sobre los aspectos políticos e institucionales que permiten a los países pobres movilizar recursos domésticos para su desarrollo social. Asimismo, examina los procesos y mecanismos que conectan las políticas de la movilización de recursos con las demandas sociales; los cambios en las relaciones estado-sociedad y estado-donantes asociadas a la movilización y distribución de los recursos; y las reformas requeridas para obtener ingresos y servicios de mayor calidad y sostenibilidad. Para mayor información, por favor visitar [www.unrisd.org/pdrm](http://www.unrisd.org/pdrm).

El proyecto está financiado por SIDA y UNRISD.

Editores de la serie: Katja Hujo, Harald Braumann y Maggie Carter

## ***Documentos de Trabajo del proyecto sobre Las Políticas de Movilización de Recursos Domésticos para el Desarrollo Social***

*Reformas Estatales, Fortalecimiento Institucional y Políticas de Movilización de Recursos en Nicaragua: El Caso del Sector de la Salud*  
Guy Delmelle y René Mendoza, Julio 2017

*A Political Economy Analysis of Domestic Resource Mobilization in Uganda*  
Anne Mette Kjaer and Marianne Ulriksen with Jalia Kangave and Mesharch Katusiimeh, Junio 2017

*The Political Economy of Tax Reforms and the Implications for Social Development in Nicaragua*  
Roberto Molina, Mayo 2017.

*State-Society and Donor Relations: The Political Economy of Domestic Resource Mobilization in Nicaragua*  
Gloria Carrión, Febrero 2017

*Movilización de Recursos Domésticos, Desarrollo Social y Cambio Institucional*  
Wilson Jiménez Pozo, Enero 2017

*Financiamiento del Desarrollo en Bolivia: Cambios y Continuidades en la Relación Estado-Cooperación Internacional (2006–2013)*  
Verónica Paz Arauco, Diciembre 2016

*Colonial Legacies and Social Welfare Regimes in Africa: An Empirical Exercise*  
Thandika Mkandawire, Mayo 2016

*Protesta Social y Movilización de Recursos para el Desarrollo Social en Bolivia*  
Santiago Daroca Oller, Abril 2016

*Politics and Organizational Capacities of Selected Key Fiscal and Social Institutions in Uganda*

Mesharch W. Katusiimeh and Jalia Kangave, Agosto 2015

*Minería y Movilización de Recursos para el Desarrollo Social: El Caso de Nicaragua*  
Hilda María Gutiérrez Elizondo, Agosto 2015

*Political Economy of Citizenship Regimes: Tax in India and Brazil*

Aaron Schneider, Julio 2015

*Mining and Resource Mobilization for Social Development: The Case of Nicaragua*

Hilda María Gutiérrez Elizondo, Abril 2015

*Examining the Catalytic Effect of Aid on Domestic Resource Mobilization for Social Transfers in Low-Income Countries*

Cécile Cherrier, Febrero 2015

*Tax Bargains: Understanding the Role Played by Public and Private Actors in Influencing Tax Policy Reform in Uganda.*

Jalia Kangave y Mesharch W. Katusiimeh, Febrero 2015

*State-Business Relations and the Financing of the Welfare State in Argentina and Chile: Challenges and Prospects*

Jamee K. Moudud, Esteban Perez Caldentey y Enrique Delamonica, Diciembre 2014

*From Consensus to Contention: Changing Revenue and Policy Dynamics in Uganda.*  
Anne Mette Kjær y Marianne S. Ulriksen, Diciembre 2014

*Fiscal Capacity and Aid Allocation: Domestic Resource Mobilization and Foreign Aid in Developing Countries*

Aniket Bhushan y Yiagadeesen Samy, Mayo 2014

*The History of Resource Mobilization and Social Spending in Uganda*

Marianne S. Ulriksen y Mesharch W. Katusiimeh, Marzo 2014

*Extractive Industries, Revenue Allocation and Local Politics.*

Javier Arellano y Andrés Mejía Acosta, Marzo 2014

*Obstacles to Increasing Tax Revenues in Low-Income Countries.*

Mick Moore, Noviembre 2013. UNRISD-ICTD Working Paper No. 15, UNRISD, International Centre for Tax and Development

**Documentos de Trabajo de un proyecto relacionado**  
**Movilización de Recursos Provenientes de Industrias Extractivas: La Protección y Promoción de los Derechos de los Niños y de su Bienestar en Países Ricos en Recursos Naturales**

*The Political Economy of Mineral Resource Governance and Children's Rights in Papua New Guinea*

Catherine Macdonald, Diciembre 2016

*The Political Economy of Enhancing Children's Rights Through Mineral Rents: The Case of Mongolia*

Pascale Hatcher, Etienne Roy Grégoire, Bonnie Campbell, Julio 2016

*Extractive Industries and the Financing of Child-Inclusive Social Development in the Philippines: Trends and Policy Frameworks*

Cielo Magno, Enero 2016

*The Political Economy of Financing Children's Rights through Extractive Industries in the Philippines*

Jewellord T. Nem Singh, Jean B. Grugel y Pascale Hatcher, Enero 2016

## Índice

Acrónimos .....	v
Resumen .....	vi
Introducción.....	1
Evolución de las políticas sociales .....	2
Comportamiento del gasto social .....	2
Composición del gasto en salud .....	5
Indicadores sociales de salud .....	10
Organización del estado y los cambios institucionales .....	13
El sistema de salud bajo el gobierno de Somoza (1972–1979) .....	14
Política de la salud en la década de la revolución (1979–1989) .....	15
La política de salud en la era neoliberal (1990–2006) .....	16
La política de salud bajo el gobierno actual (2007–2015) .....	19
Institucionalidad.....	19
Políticas y operatividad en el marco del ALBA.....	22
Conclusiones .....	25
Referencias .....	28
Lista de entrevistas .....	30
Anexo I : Proyectos ALBA para el sector salud en Nicaragua .....	31

## Lista de Figuras

Figura 1a: Gasto público social por país – Centroamérica, 1990–2010.....	3
Figura 1b: PIB per cápita por país (a USD actuales) – Centroamérica, 1990–2015 .....	3
Figura 2: Gasto público social per cápita – Nicaragua, 1990–2009 .....	3
Figura 3: Tres categorías de gasto público social como porcentaje del PIB & PIB per cápita (USD constantes 2005) – Nicaragua .....	4
Figura 5: Gasto en salud – componente público vs. privado – Nicaragua, 1995–2012 .....	5
Figura 6: Gasto público en salud – por categoría, 1995–2012 .....	6
Figura 7: Gasto en salud con fondos privados/no-gubernamentales, 1995–2012 .....	7
Figura 8: Recursos externos para salud como porcentaje del gasto total en salud – Centroamérica, 1995–2012.....	8
Figura 9: Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012 .....	9
Figura 10: Gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012 .....	9
Figura 11: Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012 .....	10
Figura 12: Cantidad de camas en hospitales y médicos por 1.000 personas, 1970–2010 .....	11
Figura 13: Vacunación porcentaje de niños de 12–23 meses, 1980–2012.....	11
Figura 14: Esperanza de vida al nacer en años – Nicaragua, 1960–2011 .....	12
Figura 15: Mortalidad infantil (cantidad de niños fallecidos antes de cumplir un año por mil nacidos vivos) – Nicaragua, 1970–2012 .....	12
Figura 16: ODA recibido (en millones de USD constantes 2011), 1970–2012 .....	13
Figura 17: Estructura del sector salud, hasta 1979 .....	14
Figura 18: Estructura del sector salud, 1979–89 .....	16
Figura 19: Estructura del sector salud, 1990–2006 .....	18
Figura 20: Recursos humanos MINSA, 2000, 2005 y 2011.....	20
Figura 21: Mortalidad materna (2005–2012/13) .....	20
Figura 22: Esfuerzo presupuestario sector salud en millones de USD, 2006–2010.....	22
Figura 23: Recursos externos para los sectores de salud y educación (en millones de USD), 2007–2010.....	23
Figura 24: Préstamos de Venezuela para el sector privado de Nicaragua (en millones de USD), 2007–2013.....	24
Figura 25: Fondos manejados por ONGs para sector salud (en millones de USD constantes 2011), 2003–2011.....	24

## **Acrónimos**

<b>ALBA</b>	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
<b>BCIE</b>	Banco Centroamericano de Integración Económica
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BRICS</b>	Brasil, Rusia, India, China, África del Sur
<b>ELAM</b>	Escuela de Medicina de las Américas
<b>EMP</b>	Empresas Médicas Previsionales
<b>FMI</b>	Fondo Monetario Internacional
<b>GRUN</b>	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
<b>INSS</b>	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>OEA</b>	Organización de Estados Americanos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDRM</b>	Politics of Domestic Resource Mobilization for Social Development
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Inmunizaciones
<b>SILAIS</b>	Sistema Local de Atención Integral en Salud
<b>UNRISD</b>	United Nations Research Institute for Social Development



## Resumen

En el presente estudio sobre la movilización de recursos domésticos para el desarrollo social se analiza el sector de la salud en Nicaragua desde 1972 hasta 2015. Se examinan las variaciones en las políticas que afectan el sector salud y su financiamiento, el papel de las instituciones, la fuerza de las ideas nacionales e internacionales, y la influencia de la sociedad civil y del sector privado. Estos elementos se retoman para el análisis de diferentes periodos de gobierno: la dictadura de Somoza (1972–1979), una década de revolución (1979–1989), un período de políticas neoliberales (1990–2006), y finalmente una etapa de modelo híbrido que incorpora elementos de las dos etapas anteriores (2007–2015). El estudio examina los diferentes períodos y analiza con más detenimiento el período actual bajo el gobierno de Ortega.

Los hallazgos son que a través del tiempo se observa una mejoría en la salud y en los servicios ofrecidos por el estado y el sector privado, y que ello en buena parte se debe a que el gasto social ha aumentado en la medida que la economía del país ha crecido y que las fuentes de financiamiento—con limitaciones presupuestarias por políticas macroeconómicas de control de déficit fiscal—se han diversificado. En cuanto al diseño de las políticas e instituciones de salud, en general ha prevalecido un modelo de salud curativo, aunque hubo períodos en que se enfatizó lo preventivo. Las razones por las que se obvia lo preventivo tienen que ver con el clima político-partidario en unos casos y el interés económico en otros casos.

Entre los mayores desafíos en el sistema de salud en Nicaragua se encuentra la tarea de generar información fiable y democratizarla, lo que es más posible en el contexto actual de revolución tecnológica. Es la llave para poder optimizar la priorización de las inversiones, además de generar el mayor nivel posible de transparencia para poder maximizar la asignación de recursos propios y la obtención de recursos externos. De la misma manera la generación de información de calidad juega un papel esencial para mejorar la articulación entre diferentes sectores, y para una mayor participación de la población en el cuidado de su propia salud. Realizando esta tarea y los procesos relacionados a ella promete contribuir a la salud de la población y a que las instituciones sean cada vez más fuertes e inclusivas.

*Guy Delmelle*

Master en ciencias económicas aplicadas de la Universidad de Amberes (Bélgica), especializado en análisis cuantitativo para economía del desarrollo.

*René Mendoza*

PhD en estudios del desarrollo, investigador asociado de IOB-Universidad de Amberes (Bélgica), colaborador de Wind of Peace Foundation (<http://peacewinds.org/research/>) y miembro de la cooperativa COSERPROSS RL.

## Introducción

Este estudio es parte del proyecto “Políticas para Movilizar Recursos Domésticos para el Desarrollo Social (PDRM siglas en inglés), coordinado por el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD). Los tres componentes del estudio son: 1) la transformación histórica del estado en Nicaragua en torno a las políticas sociales, particularmente salud; 2) la historia de las estrategias de movilización de los recursos de parte del estado para el sector salud; y 3) la construcción institucional y las reformas del estado en el sector salud bajo la administración actual de Ortega.<sup>1</sup>

El enfoque para estudiar estos tres componentes es expresado en el proyecto PDRM en términos de construcción institucional incluyendo los conceptos de negociación, disputa y relaciones sociales (véase UNRISD 2012).

Para entender el desarrollo del estado en Nicaragua es importante tener en cuenta que los estados no son entes monolíticos, sino *contested states*, arenas políticas, heterogéneas, que tienen sub-culturas con diferentes interpretaciones y luchas (Lewis et al. 2003). En ellas también hay ideas de cambio generadas por redes que incluyen a estados y a sociedades (Leach et al. 2010). En correspondencia, el estado que tenemos en frente en Nicaragua es un estado heterogéneo y espacio de lucha de diversos intereses, como expresión de la correlación de fuerzas entre el estado, los mercados y las sociedades.

La construcción institucional se da en este contexto heterogéneo y disputado donde se negocia, se lucha e incide en las relaciones sociales de poder. En este marco se trabajan los tres elementos mencionados: la transformación histórica del estado en torno a políticas sociales, las estrategias de movilización de los recursos para el sector salud, y las reformas del estado bajo la administración más reciente del presidente Ortega (a partir del 2006).

Las hipótesis de trabajo son: se observan avances en el alcance del sector salud en Nicaragua desde 1972 hasta nuestros días, avances que se ubican dentro de un marco de crecimiento económico volátil. Actores relevantes en este proceso son la cooperación internacional y los diferentes gobiernos, mientras la sociedad civil organizada ha tenido poca incidencia. En cuanto al fortalecimiento institucional de los entes de gobierno no se observan mayores avances en las últimas cuatro décadas.

La metodología para este trabajo combinó entrevistas a profundidad semi-estructuradas, análisis de archivos (por ejemplo periódicos y revistas nacionales), revisión bibliográfica y análisis de datos secundarios. La consulta de bases de datos en línea permitió documentar las tendencias en el gasto social para los países de la región centroamericana y crear un diagnóstico específico para el caso del sector salud en Nicaragua.

---

<sup>1</sup> El periodo analizado abarca cuatro periodos de gobierno, de 1972 a 1979 la presidencia de Somoza (periodo de dictadura), luego del triunfo revolucionario en 1979 la administración Sandinista del presidente Ortega (1980–1989, periodo de conflicto bélico con discurso fuertemente enfocado en lo social), de 1990 a 2005 tres presidencias de tendencia liberal: hasta 1995 bajo la presidenta Barrios de Chamorro una etapa de post-guerra y reconstrucción, inicio de privatizaciones, de 1996 al 2000 bajo la presidencia de Alemán un periodo en el cual continúan las privatizaciones y un discurso orientado a la inversión productiva, de 2001 a 2005 bajo la presidencia de Bolaños búsqueda de concertación con agencias multilaterales, y a partir del 2006 hasta la fecha el segundo periodo de gobierno de Ortega, enmarcado en una alianza internacional de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA).

Después de esta introducción, se analiza la situación de la salud en cifras, y las reformas y cambios institucionales referida a la salud desde una perspectiva histórica. En la tercera sección se analizan las reformas y cambios organizacionales, incluyendo fuentes de recursos a partir de 1972 hasta 2006. Finalmente, en la cuarta sección se trabaja el periodo actual desde 2007 bajo la administración de Ortega. En las conclusiones se listan los principales hallazgos e implicaciones para las políticas.

## **Evolución de las políticas sociales**

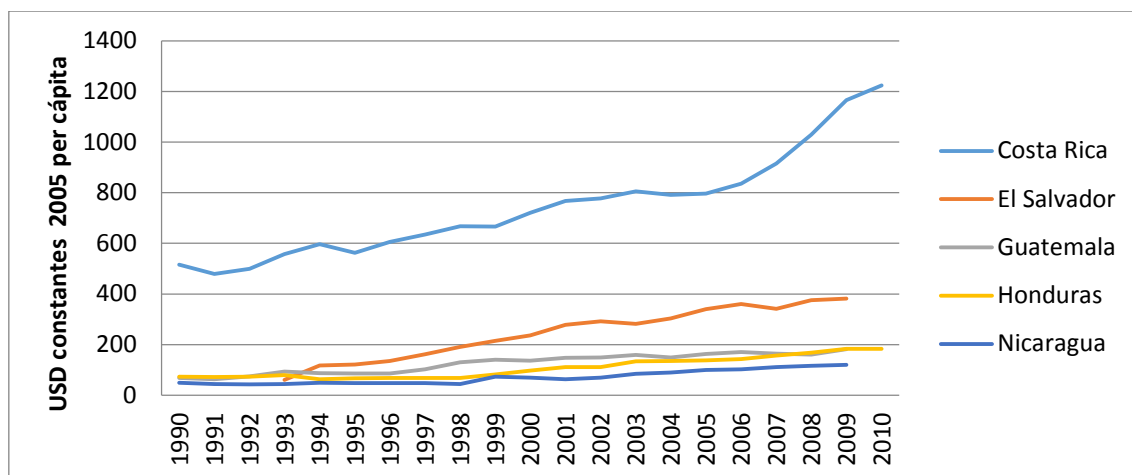
Para responder a nuestra hipótesis de aumento de alcance de la cobertura del sistema de salud apoyado en un crecimiento de la economía en los últimos dos periodos analizados, en esta sección revisamos datos cuantitativos desde el año 1990 hasta el periodo más reciente. Analizamos el comportamiento en el tiempo del gasto en salud, primero el componente público como parte del gasto social (salud, educación y vivienda) usando el comportamiento del mismo en los países vecinos como *benchmark*. Luego contrastamos el gasto público con el privado, analizando para cada uno de ellos su composición. Prestamos especial atención al origen de los fondos que financian las prestaciones de salud, incluyendo el aporte de recursos externos. Finalmente se presentan algunos indicadores básicos que permiten documentar los avances en el sector de la salud, incluido en la institucionalidad, en el periodo bajo análisis.

### ***Comportamiento del gasto social***

Analizando el gasto público social *per cápita* (suma de gasto en educación, salud y vivienda per cápita en USD constantes del 2005) para Nicaragua y los cuatro países vecinos de la región centroamericana (ver figura 1a y 1b), observamos que:

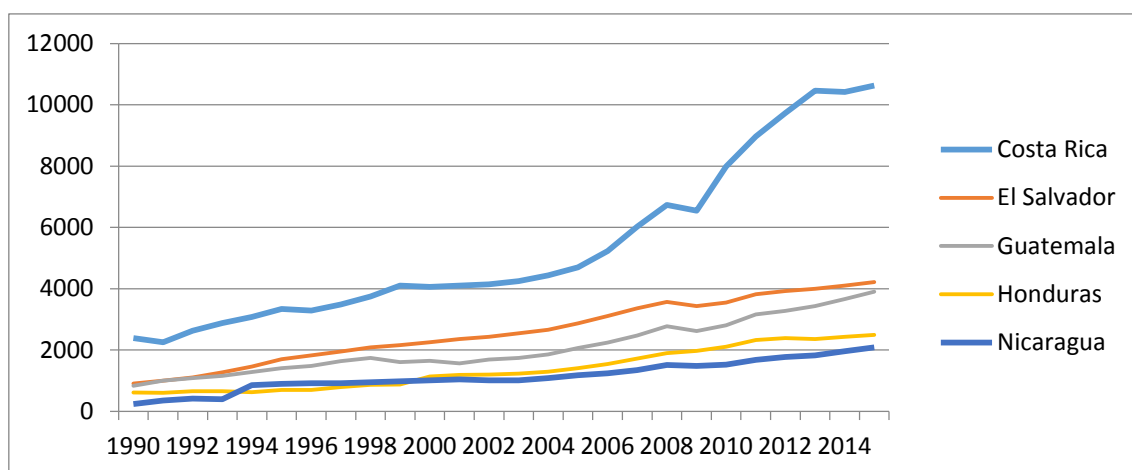
1. El gasto público social per cápita en Nicaragua es el menor de la región.
2. En los cinco países de la región, el gasto público social per cápita presenta una marcada tendencia al alza a lo largo del periodo 1990–2010.
3. Se destaca el caso de Costa Rica, país que partiendo de un nivel de ingreso (PIB per cápita) considerablemente superior en 1990, mantiene un crecimiento sólido que se acelera a partir del 2006 (figura 1b).
4. Los demás países también crecen en cuanto al gasto público social y el PIB per cápita, pero desde una base muy baja, con el gasto público social inferior a 100 USD per cápita por año.
5. Para la mayor parte del periodo analizado, los cambios en el volumen del gasto social muestran una correlación fuerte con los cambios en el PIB per cápita en cada país (figura 1 a y b). El aumento del presupuesto global de la nación es la principal variable que explica los aumentos del gasto público social per cápita.

**Figura 1a: Gasto público social por país – Centroamérica, 1990–2010**



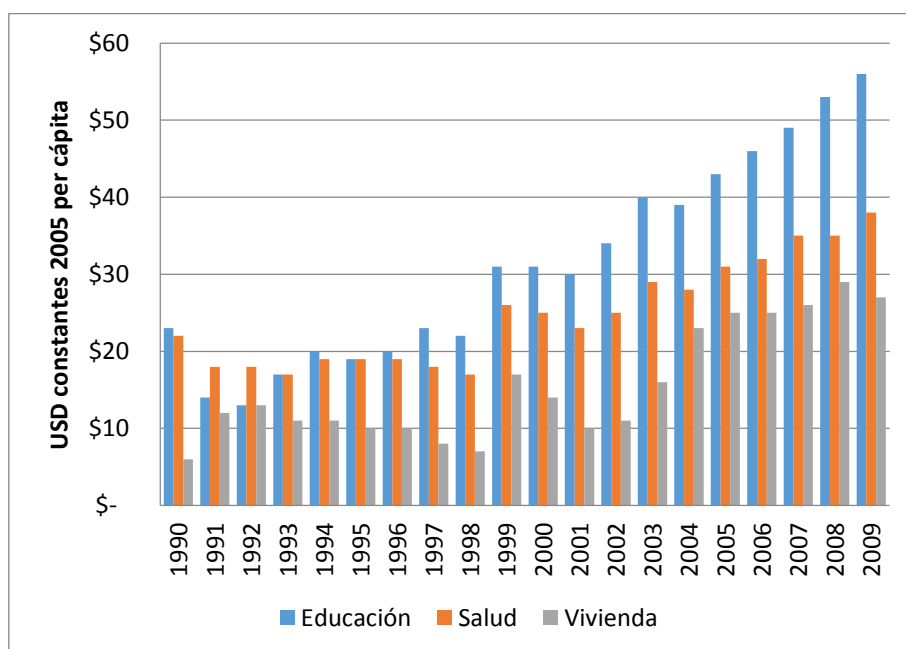
Fuente: CEPAL 2014.

**Figura 1b: PIB per cápita por país (a USD actuales) – Centroamérica, 1990–2015**

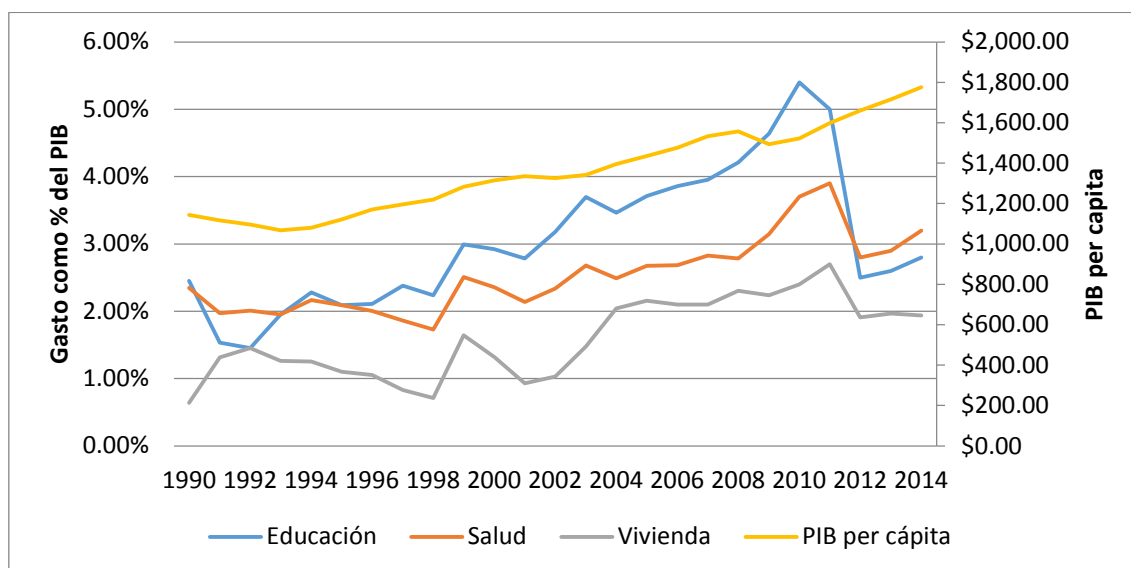


Fuente: Banco Mundial 2016 (WDI online).

**Figura 2: Gasto público social per cápita – Nicaragua, 1990–2009**



Fuente: CEPAL 2014.

**Figura 3: Tres categorías de gasto público social como porcentaje del PIB & PIB per cápita (USD constantes 2005) – Nicaragua**

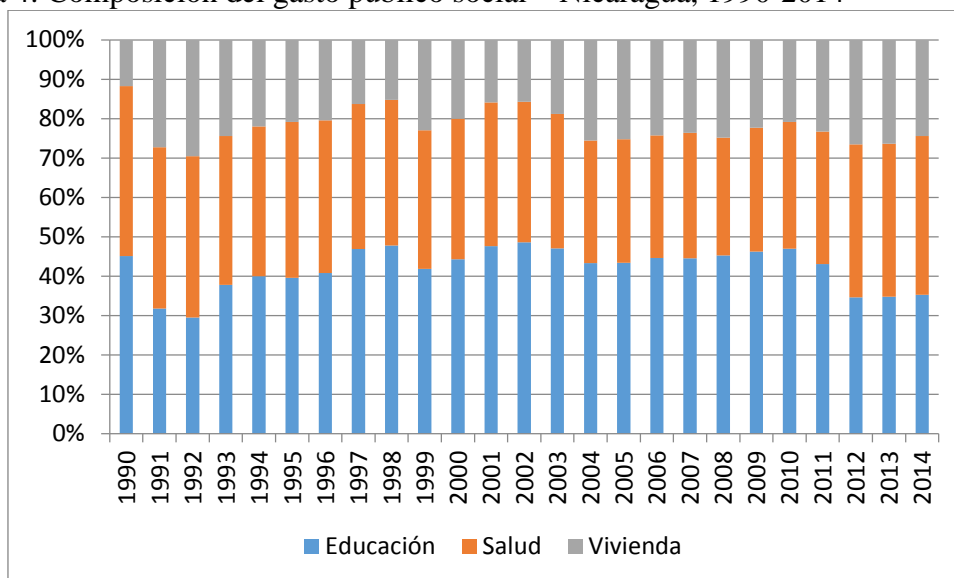
Fuente: CEPAL 2014, BCN 11 y BCN 2014.

En el caso de Nicaragua se observa que desde 1990 hasta 2009 hay un crecimiento sostenido del gasto social per cápita en los sectores de vivienda, salud y educación, siendo el último el que recibe el mayor presupuesto de los tres (ver figura 2). El crecimiento en términos absolutos se debe a dos factores : primero, una economía en crecimiento (crece la economía, con ella también el presupuesto de la nación, y en términos absolutos aumenta el gasto público; ver figura 1b). Y segundo, a la par de este crecimiento aumenta la proporción del PIB per cápita que representa el gasto público en salud (ver figura 3).<sup>2</sup> En promedio, en países de ingresos medios altos, la inversión pública en salud es un 6.4 por ciento del PIB, en países con ingresos medios bajos, la inversión pública en salud se reduce a un 5.6 por ciento, y en países de bajos ingresos baja a un 4.6 por ciento (IEEPP 2009). En el caso de Nicaragua se observa que la proporción del gasto público para salud muestra un aumento sostenido de 2 a un poco más de 3 por ciento en el periodo, según datos de CEPAL (ver figura 3). A pesar de esta tendencia positiva, Nicaragua como país de ingresos medios bajos mantiene un gasto público per cápita en salud muy inferior al promedio de los países de su categoría, lo cual es coherente con el hecho que Nicaragua, con una Renta Interior Bruta per cápita de USD 1,870 (2014), se encuentra cerca del límite inferior de esta categoría, la cual comprende países con rentas per cápita desde 1,036 USD hasta 4,085 USD.

A lo largo del periodo analizado, educación recibe la mayor cantidad de gasto, siendo el promedio del gasto para educación en el gasto público social total de un 43 por ciento, seguido por el sector salud con 36 por ciento y el 21 por ciento restante para vivienda (figura 4). Concluimos entonces que pasando de un gobierno a otro las prioridades sectoriales de la política social se han mantenido.

<sup>2</sup> Véase también Xu, Saksena y Holly (2011).

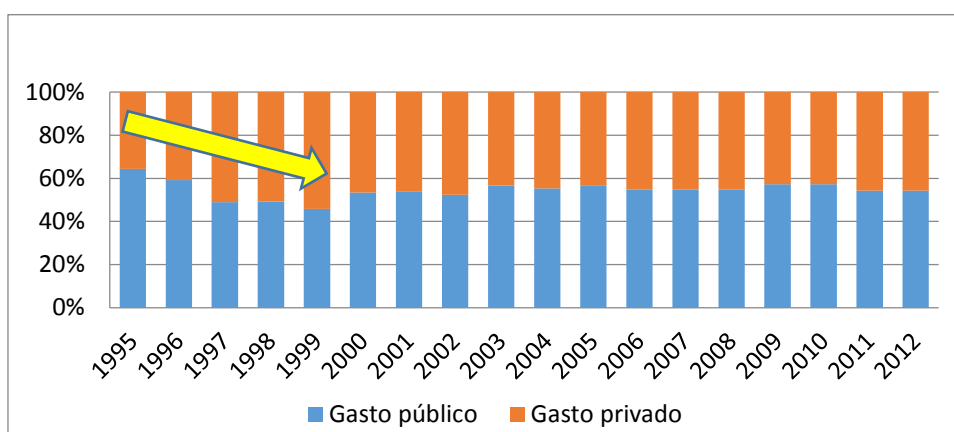
Figura 4: Composición del gasto público social – Nicaragua, 1990-2014



Fuente: CEPAL 2014, BCN 11 y BCN 2014.

## Composición del gasto en salud

Figura 5: Gasto en salud – componente público vs. privado<sup>3</sup> – Nicaragua, 1995–2012



Fuente: OMS 2014.

Desde 1995 hasta 1999 se observa una reducción considerable en la proporción representada por el gasto público en salud. Esta reducción es coherente con la presión recibida de los organismos multilaterales para priorizar el gasto productivo, y por ende limitar el gasto social. La reducción en el gasto público va de la mano con una reactivación del sector privado en un contexto de ajuste estructural, donde incluso se privatizan los servicios sociales. Luego se observa una gran continuidad en la proporción del gasto público (55 por ciento) y privado (45 por ciento) (figura 5), manteniéndose esta relación al pasar de la administración de Bolaños (2002–2007) al periodo de la administración de Ortega. Esta continuidad parece contrastar con la decisión del gobierno actual de garantizarle a la población el acceso sin costo alguno a todos los servicios prestados en el sistema de salud pública.<sup>4</sup> Se calcula que el impacto de esta decisión implementada desde 2007 se limita a una reducción del 4.5 por ciento

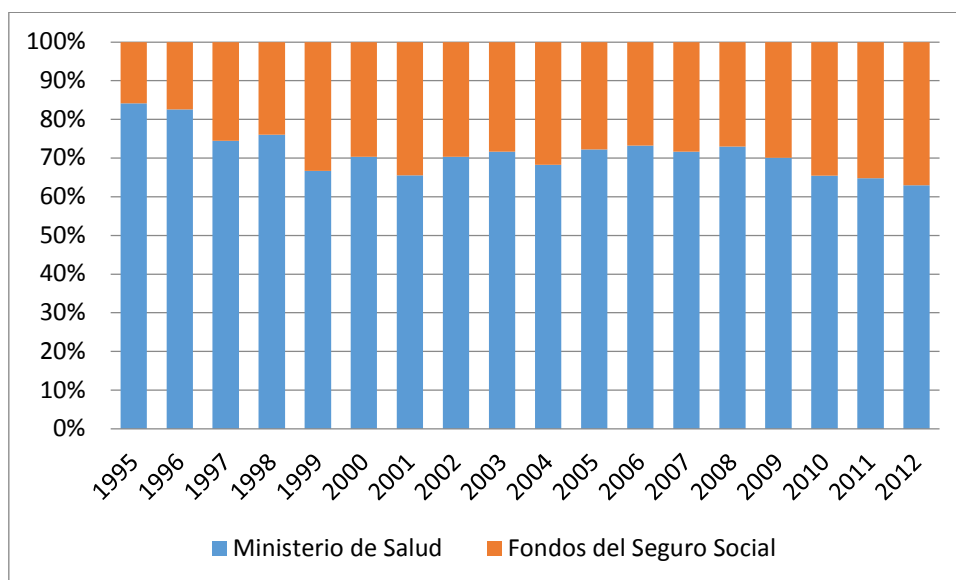
<sup>3</sup> El gasto privado en salud incluye la contratación de servicios, atención médica formal e informal, medicamentos, laboratorios, etc., como también el pago de seguros privados de salud y los fondos ejecutados por ONGs.

<sup>4</sup> A partir de enero de 2007 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) restableció la gratuidad en los servicios, brindándose atención médica y medicamentos gratuitos en hospitales y centros de salud (MINSa 2008).

en los desembolsos privados de los usuarios de servicios de salud (Mathauer 2009). En parte se explica esto por una tensión constante entre el discurso de gratuidad y la falta de suficientes recursos asignados para ello, contradicción en muchas ocasiones resuelta por el sacrificio del personal de salud en medio de un déficit de equipos, suministros, instalaciones y tiempo (Pizarro 2011).

La participación tan alta de las fuentes privadas en el financiamiento del gasto en salud es consistente con lo observado en otros países de escaso desarrollo o donde el estado tiene una participación marginal en la protección de su población. En el caso de Nicaragua, ilustra una realidad donde la capacidad total del sistema de salud pública, ofreciendo servicios gratuitos, es considerablemente menor que la demanda total de la población por estos servicios.

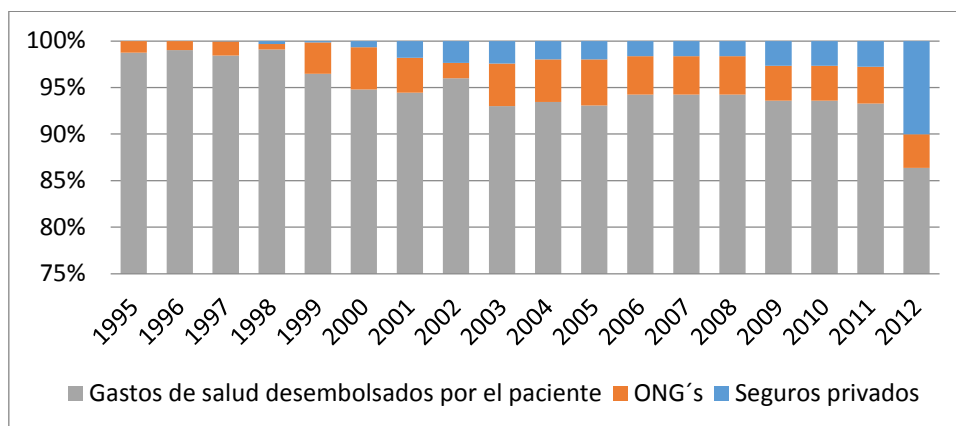
**Figura 6: Gasto público en salud – por categoría, 1995–2012**



Fuente: OMS 2014.

Entre 1995 y 2001 aumenta rápidamente la proporción de fondos públicos canalizados a través del Seguro Social versus los asignados al Ministerio de Salud (figura 6). Este aumento se da luego de la reforma de salud de 1993 en la cual se devuelve al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) la obligación de brindar servicios de salud diferenciados para sus asegurados, deshaciendo así el proceso de unificación impulsado luego de la toma de poder del Frente Sandinista en 1979 (Rodríguez 2005). La reforma de salud de 1993 se implementó respondiendo a las exigencias del Banco Mundial. La situación presupuestaria de Nicaragua a inicios de la década de los 90 obligaba al país someterse a las reglas de los donantes multilaterales, reduciendo prácticamente a cero su poder de negociación. Con la reforma la cantidad de asegurados al INSS creció fuertemente (aumento de 95,149 adscritos en 1995 hasta 243,529 en 2001). El INSS, al carecer de suficiente infraestructura propia, contrataba los servicios de salud de una red de Empresas Médicas Previsionales (EMP). Desde entonces la parte representada por ambos se ha mantenido estable alrededor de dos tercios Ministerio de Salud y un tercio Seguro Social. Nuevamente no se observan cambios en esta proporción al pasar de un periodo de gobierno a otro en cada una de las transiciones.

**Figura 7: Gasto en salud con fondos privados/no-gubernamentales, 1995–2012**

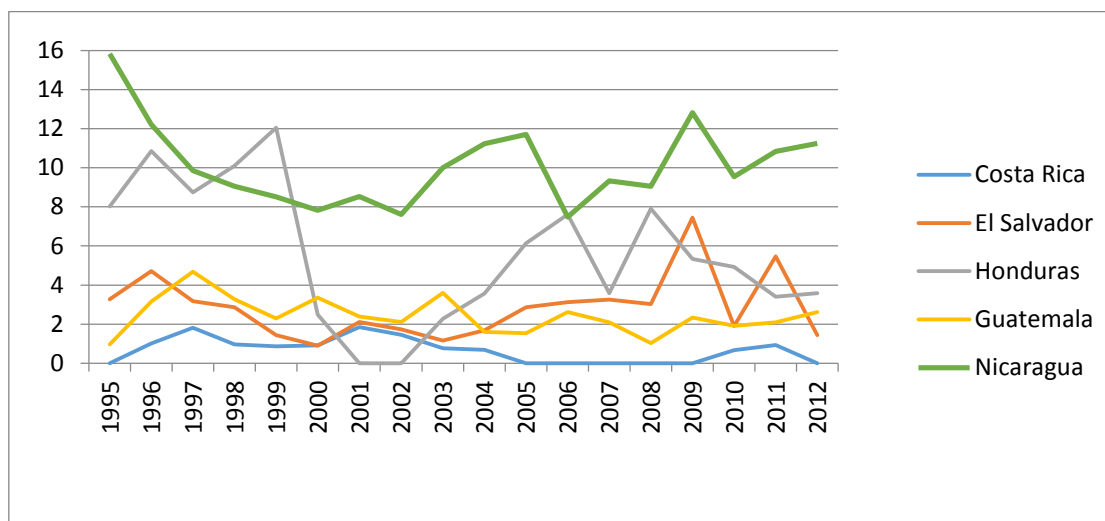


Fuente: OMS 2014.

Los gastos en salud realizados por particulares se mantienen como el componente principal del gasto privado en salud en Nicaragua (ver figura 7), mientras que se observa un aumento gradual en otras fuentes privadas. Primero, ha crecido el aporte de servicios de parte de ONGs y luego de seguros privados, con un aumento muy marcado en 2012. La proporción proveniente de ONGs alcanzó su nivel máximo en 2005 y muestra una muy leve reducción desde entonces. Destacamos el papel de PROFAMILIA, una ONG que a inicios de la década pasada llegó a brindar el 5.5 por ciento de los servicios de salud a nivel nacional a través de su red de clínicas (Rodríguez 2005).

La cobertura de los seguros de salud en Nicaragua es del 12.2 por ciento de la población (4 por ciento en área rural versus 18.5 en área urbana). El 94.6 por ciento de los seguros de salud corresponde a los ofrecidos por el INSS, el 2.8 por ciento son seguros militares y solamente el 1.8 por ciento son seguros privados (Banco Centroamericano de Integración Económica 2012). El mercado de seguros privados en Nicaragua es el menos desarrollado de la región centroamericana, al ser Nicaragua el país que presenta el menor desarrollo económico de la región y ante la ausencia de programas públicos que incentivan la afiliación privada. El total de primas pagadas en Nicaragua fue de 137.9 millones de USD en 2012, equivalente al 3.7 por ciento del mercado regional (Largaespada 2013). Desde una base muy pequeña, en años recientes Nicaragua se ha convertido en el mercado de seguros privados de mayor crecimiento de la región. Para el ramo de los seguros de vida, por accidentes y de salud, el crecimiento interanual 2012 vs. 2011 llegó a 20.2 por ciento (Navas 2013 véase también figura 7).



**Figura 8: Recursos externos para salud como porcentaje del gasto total en salud – Centroamérica, 1995–2012**

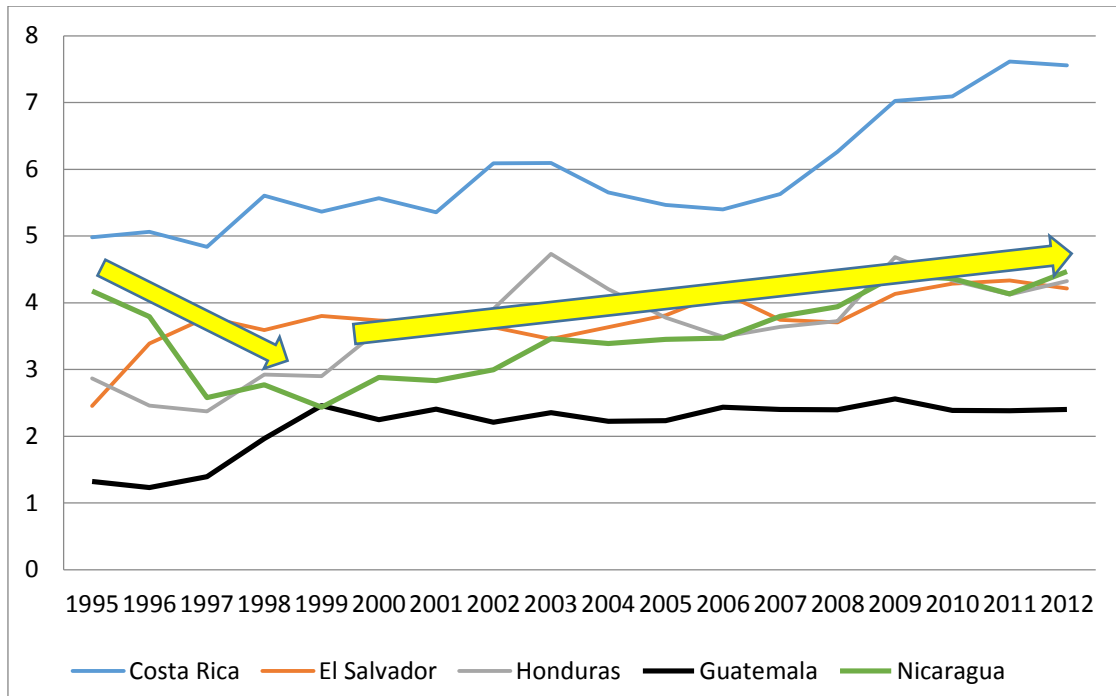
Fuente: OMS 2014.

De los cinco países, Nicaragua es el que recibe la mayor proporción de su gasto total en salud en recursos externos (figura 8). En Nicaragua la salud pública ha sido una de las áreas tradicionalmente priorizadas por la cooperación internacional, ya sea a través de donaciones o de préstamos (Quirós 2012). A partir de 1997, la proporción de recursos externos se mantiene dentro de un rango de 8 a 12 por ciento del gasto total en salud, lo cual significa que en el caso de Nicaragua el volumen absoluto de recursos externos ha aumentado a la par con el gasto total. Concluimos que en los últimos 15 años entre los diferentes gobiernos no hay mayores diferencias en la proporción que representan los recursos externos como porcentaje del gasto total en salud. Esto implica que, al mantenerse la proporción en un contexto donde aumenta el monto absoluto del gasto, también se ha logrado aumentar el monto absoluto de los recursos externos, lo cual implica un éxito en términos de la gestión de estos recursos externos.

Para cerrar este punto sobre la composición del gasto en salud graficamos primero el gasto público (figura 9), luego el gasto privado (figura 10) y finalmente la suma de ambos, el gasto total (figura 11), siempre como porcentaje del PIB de los cinco países centroamericanos. La comparación con los países vecinos nos permite poner en perspectiva el esfuerzo presupuestario real en Nicaragua y contrastarlo con el discurso gubernamental a favor del gasto social (gobierno actual de Ortega) o de privatizaciones (periodo liberal, varios gobiernos).

En el caso del gasto público destaca Costa Rica, el país más próspero de la región que eleva de 5 a casi 8 por ciento del PIB su gasto público en salud entre 1995 y 2012. Guatemala es el país con menos gasto como porcentaje del PIB a pesar de un aumento de casi un 100 por ciento entre 1995 y 1999. Nicaragua generalmente está entre ambos. Observamos claramente la reducción de la proporción del gasto público en salud en el periodo de gobierno del presidente Alemán (1995–1999), seguido por una recuperación gradual que se mantiene sin alteraciones al pasar del periodo de gobierno del presidente Bolaños al gobierno del presidente Ortega, a pesar de las diferencias en el discurso político entre ambos.

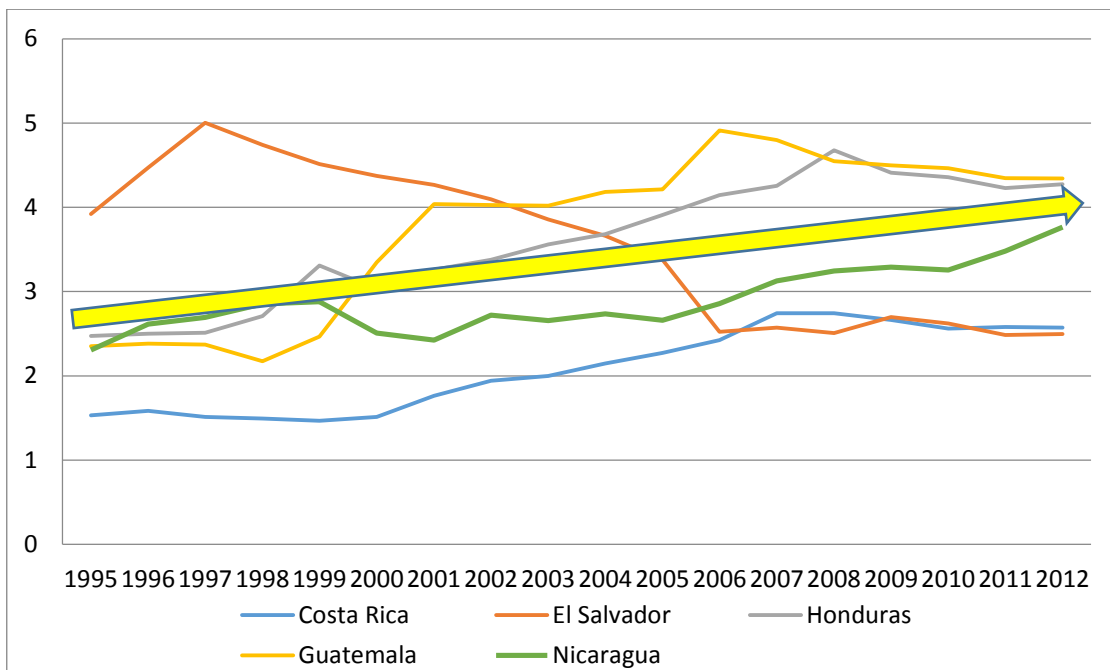
**Figura 9: Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012**



Fuente: OMS 2014.

En el caso del gasto privado, Costa Rica tiene el porcentaje más bajo. El Salvador inicia el periodo con el gasto privado más alto. Nicaragua está nuevamente con un comportamiento cerca del promedio de los países de la región. La tendencia al alza del gasto privado desde la implementación de la política de gratuidad de los servicios en el sistema de salud pública ilustra el déficit que deja el sector público (ver figura 10).

**Figura 10: Gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012**

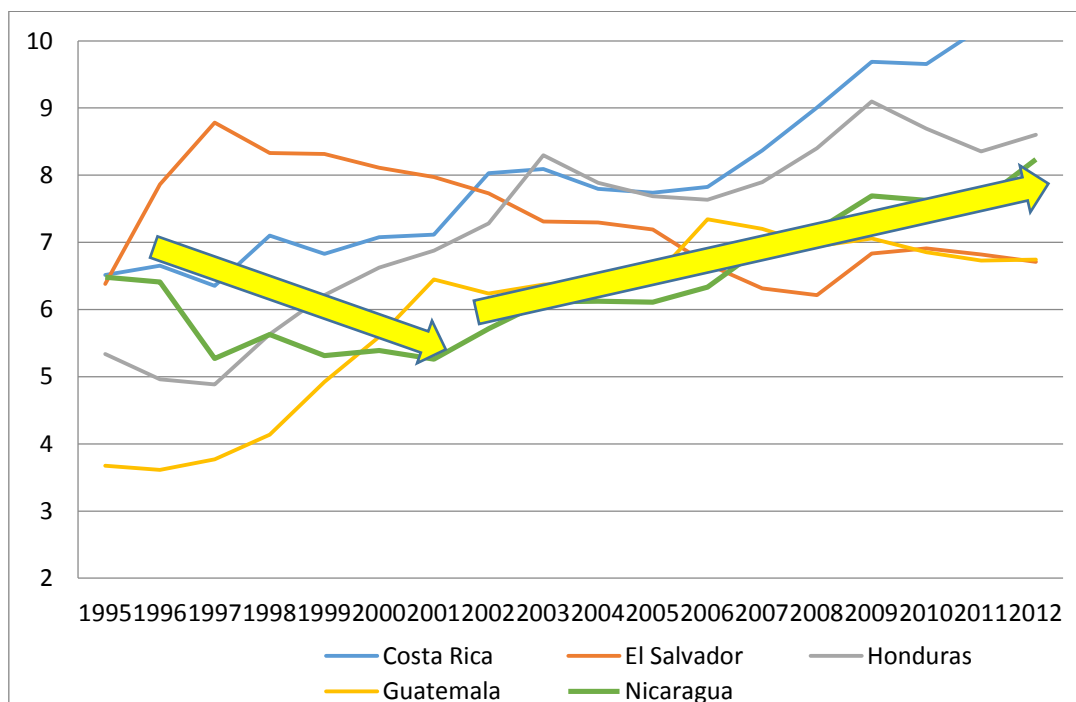


Fuente: OMS 2014.

Al realizar la suma de los dos gráficos anteriores, llama la atención como los cinco países, con sus respectivas políticas, a grandes rasgos comparten un desarrollo muy

similar de su gasto total en salud como porcentaje del PIB. Con la excepción de El Salvador, todos muestran un crecimiento gradual.

**Figura 11: Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 1995–2012**



Fuente: OMS 2014.

Nicaragua, el país con el menor PIB per capita, también es el que dedica la menor proporción de los ingresos a salud desde el año 2000 hasta 2006. Bajo el gobierno actual, y a la par de un estancamiento del gasto en Guatemala y El Salvador, Nicaragua recupera el tercer lugar de los cinco países, avance que se debe en buena medida a un aumento en el gasto público.

Concluimos que estos datos (con la excepción de Honduras, acercándose con su gasto social relativo a Costa Rica a pesar de un PIB más bajo, ver figura 1b) son coherentes con las dos tendencias documentadas en la literatura en otros países (por ejemplo Xu et al. 2011): 1. A mayor nivel de ingresos de un país, mayor el gasto total en salud como proporción del PIB; y 2. A mayor nivel de ingresos, mayor el gasto público en salud como proporción del gasto total en salud.

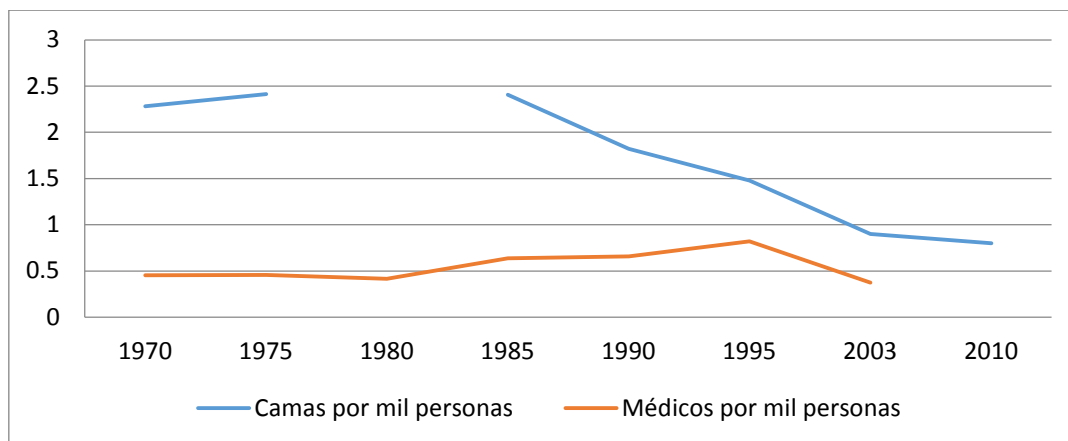
### **Indicadores sociales de salud**

Desde mediados de la década de 1980, la cantidad de camas en hospitales presenta una reducción sostenida desde casi 2.5 hasta menos de 1 por cada mil personas (ver figura 12). Hasta ahora esta tendencia está por revertirse con inversiones fuertes en infraestructura nueva, principalmente en las ciudades y provincias Managua, León, Chinandega y Nueva Segovia. El país recibe préstamos del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para varios de los hospitales a construir. Solamente en Managua se agregarán más de 1200 camas en hospitales en los próximos años (García 2014). Luego de muchos años con prioridad para los gastos corrientes en el presupuesto de salud pública, y la acumulación de un gran déficit en inversiones en capital fijo, se da inicio a un proceso que busca ir adecuando la capacidad de la infraestructura de salud pública a la demanda real por servicios de salud que tiene la población. Este proceso se hace posible gracias al apoyo de donaciones y préstamos de—mayormente—los organismos financieros bilaterales y

multilaterales, apoyo obtenido por el gobierno actual manteniendo una estabilidad macroeconómica.

A la par de este dato sobre capital fijo, analizamos los cambios en la cantidad de médicos por cada mil personas. Luego de un aumento en esta relación en la década de 1980, observamos un deterioro desde 1995. Aunque diversas informaciones apuntan a un creciente número de médicos bajo la administración de Ortega, por ejemplo a través de la Escuela de Medicina de las Américas (ELAM) y en colaboración con el gobierno de Cuba, lamentablemente no contamos con datos para el periodo más reciente (ver Anexo I).

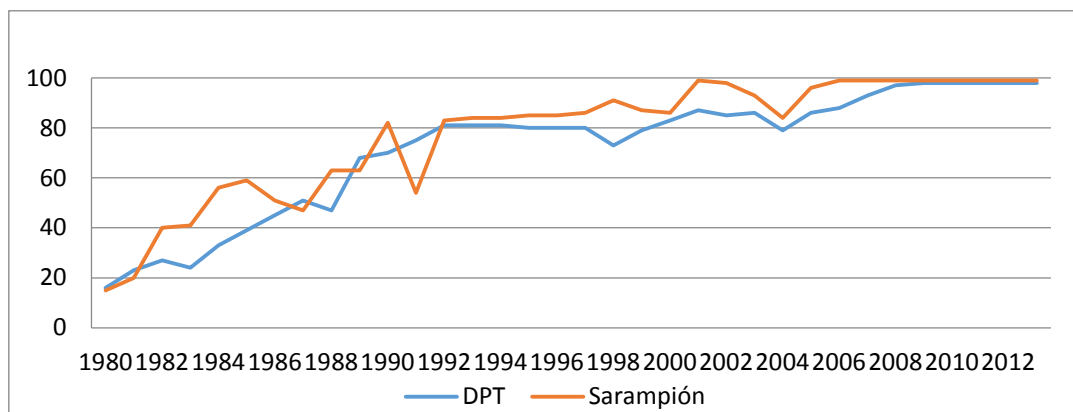
**Figura 12: Cantidad de camas en hospitales y médicos por 1.000 personas, 1970–2010**



Fuente: Banco Mundial 2014.

Luego de un aumento gradual en la cobertura de la vacunación de niños y niñas desde 1980, Nicaragua ha alcanzado llegar al 100 por ciento (ver figura 13). Este logro se ha obtenido a través de la colaboración de instancias nacionales como el Ministerio de Salud (MINSAL) con programas internacionales (OPS/OMS, USAID, UNICEF) y apoyo de laboratorios privados. Durante el periodo 2004–2008, el financiamiento del programa ha estado garantizado con fondos nacionales y financiamiento externo (42 por ciento del presupuesto total para este fin).<sup>5</sup> Para el periodo 2009–2015, el presupuesto para garantizar las actividades del Plan Multianual del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) es de USD 168,306,500, de los cuales se proyecta el 49 por ciento provendrá de fondos externos (Programa Nacional de Inmunizaciones 2009).

**Figura 13: Vacunación porcentaje de niños de 12–23 meses, 1980–2012**

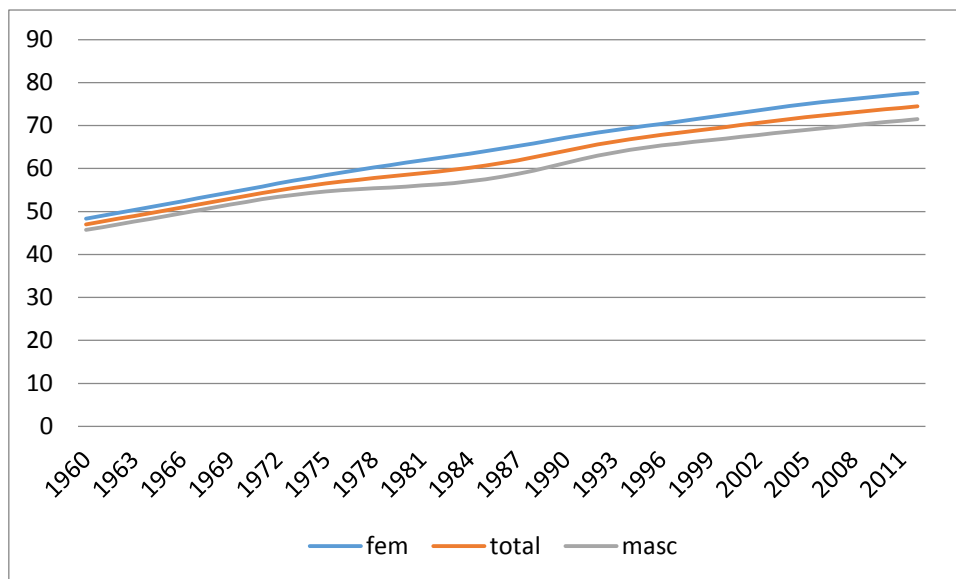


Fuente: Banco Mundial 2014.

<sup>5</sup> Fondos recibidos de OPS/OMS, UNICEF, Gobierno de Japón, Fondo Social Suplementario PROSILAIS, Laboratorio GlaxoSmithKline, Gobierno de Holanda, FONSALUD, Fondos de Extensión de Cobertura Laboratorios MERCK y GAVI.

La esperanza de vida desde 1972 hasta la fecha muestra una mejoría gradual, con una reducción leve en el ritmo de mejora para la población masculina en la década de 1980 por el conflicto bélico. No se observan otros cambios que podrían ser asociados con el desempeño del sistema de salud bajo los diferentes periodos de gobierno.

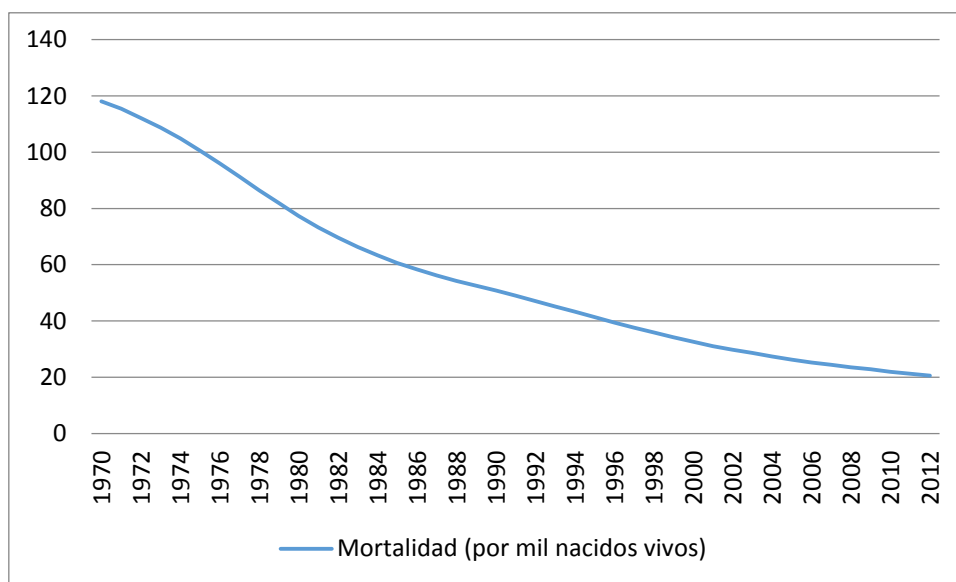
**Figura 14: Esperanza de vida al nacer en años – Nicaragua, 1960–2011**



Fuente: Banco Mundial 2014.

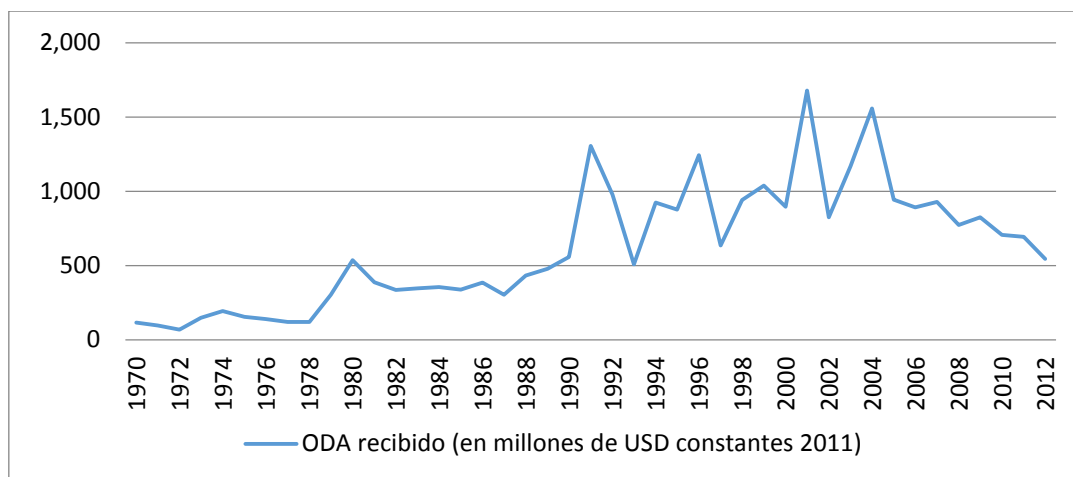
La reducción en mortalidad infantil (por mil nacidos vivos, ver figura 15) muestra una mejora durante todo el periodo de análisis. La reducción mantiene un ritmo especialmente fuerte durante la década de 1970, periodo que en términos económicos fue bastante estable por su base en la agro-exportación. El ritmo de crecimiento se reduce a partir del inicio de la década de 1980, periodo de conflicto bélico y colapso económico, pero se mantiene hasta la fecha sin mostrar cambios bajo los diferentes periodos de gobierno.

**Figura 15: Mortalidad infantil (cantidad de niños fallecidos antes de cumplir un año por mil nacidos vivos) – Nicaragua, 1970–2012**



Fuente: Banco Mundial 2014.

**Figura 16: ODA recibido (en millones de USD constantes 2011), 1970–2012**



Fuente: Banco Mundial 2014.

Concluyendo de esta sección, no se observa relación clara entre periodos de mayor apoyo con recursos externos y logros por ejemplo en cuanto a indicadores en el sector salud. El período de mayores recursos externos (década de 1990 y primera parte de la década 2000) no coincide con alta mejoría en salud.<sup>6</sup>

Los datos muestran una mejoría sistemática en los resultados. El período en que hubo mayor cambio en políticas y enfoque fue en la década de 1980, como se verá más adelante en este texto, dichas políticas y el cambio institucional en el MINSA constituyen, probablemente, la base de la sistemática mejoría.

También observamos que las variables explicativas de las mejoras tienden a ubicarse principalmente en el campo económico (mayores ingresos permiten una mayor inversión en el sector salud y mejores condiciones de vida en general) y en las mejoras propias de la calidad de los servicios de salud por las políticas de cada gobierno y por el creciente involucramiento de la sociedad civil (por ejemplo a través de ONGs en salud) y del sector privado. Este aspecto más político se analiza en la sección que sigue.

## Organización del estado y los cambios institucionales

En esta sección se presenta la evolución institucional desde 1972 hasta 2006, analizando como los cambios de gobierno y de política se reflejan en las estrategias de movilización de recursos para el sector salud. En este sentido el contexto más cuantitativo de la sección anterior se complementa con un análisis más cualitativo, que incluye una mirada global sobre salud, precisamente para entender la especificidad de Nicaragua.

Este contexto se refiere a que en la década de 1970 el liderazgo en el debate de la salud estaba en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la Organización Panamericana de la Salud (OPS); OPS siendo parte del sistema interamericano encabezado por la Organización de Estados Americanos (OEA). Desde finales de la década de 1970 este liderazgo fue disputado por organismos internacionales como el Banco Mundial; y recién a partir del 2000 crece el peso de los gobiernos de países económicamente emergentes, como los países BRICS (Brasil, Rusia, India, China y África del Sur), y países miembros del ALBA (Alternativa Bolivariana para los Pueblos de Nuestras Américas). En este marco de cambios, las políticas y organización del

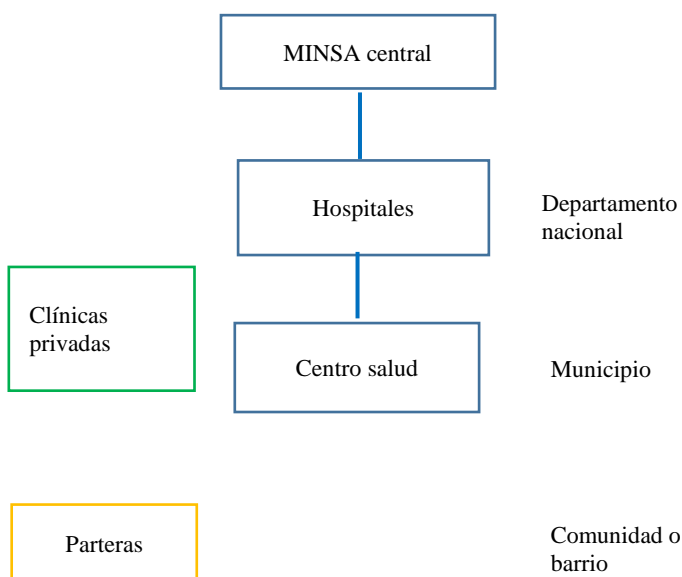
<sup>6</sup> Cabe mencionar que en el periodo con mayor disponibilidad de recursos externos el uso de estos fondos se dirige prioritariamente al sector productivo y no al sector social.

estado en Nicaragua también han venido cambiando, tanto porque Nicaragua ha sido parte de este sistema internacional como por los procesos propios del país. Esos cambios muestran la transición desde un sistema de salud fragmentado y estratificado favoreciendo más a las familias ricas (1970s), a un sistema de fuerte participación comunitaria y salud preventiva (1980s), a un sistema de salud descentralizada donde entran intereses de lucro y prácticas asistencialistas (1990–2006), y finalmente a un sistema de salud fragmentado y a la vez centralizado (2007–2014), como se explicará en las secciones siguientes.

### ***El sistema de salud bajo el gobierno de Somoza (1972–1979)***

Bajo el gobierno autoritario de Somoza, el enfoque de salud era curativo y con un sistema de salud concentrado en la parte urbana. No había aún lo que propiamente se denomina como ‘sistema de salud’, pero una institucionalidad desarticulada entre ministerios con actividades dispersas (ver figura 17): por un lado estaba el Ministerio de Salud, encargado de la atención médica y de las campañas de vacunación, el Seguro Social, la junta local de asistencia dedicada a labores como la higiene (letrinas), y un instituto de nutrición; y por otro lado estaban las comunidades rurales con sus parteras, sin ningún vínculo con los centros de salud. Los hospitales y centros de salud eran focalizados al área urbana, mientras un poco más de la mitad de la población del país era rural (Banco Mundial 2015).

**Figura 17: Estructura del sector salud, hasta 1979**



**Fuente:** Elaboración propia en base a entrevistas.

Salvo los dispensarios de organizaciones religiosas y clínicas privadas, el presupuesto de la salud provenía del erario del estado. Recursos externos adicionales recibidos para enfrentar emergencias como el terremoto de 1972, también fueron administrados por el estado, dando lugar a acusaciones de uso discrecional de estos fondos por la familia Somoza. La relación entre el Ministerio de Hacienda y el de Salud no estaba mediada por compromisos internacionales sobre déficit fiscal. El tamaño del presupuesto para salud dependía de los ingresos fiscales y eventuales préstamos internacionales.

Los datos revelan que había buena cobertura en la atención médica para la población urbana. Sin embargo, comparado con los períodos siguientes, el promedio de la esperanza de vida (ver figura 14) indica que esta era baja, y la mortalidad infantil era alta; aunque año tras año estos indicadores iban mejorando. Ese bajo impacto de la

cobertura en los indicadores se debía al sesgo urbano de las políticas del gobierno, que a pesar de que Nicaragua en ese entonces era un país mayoritariamente rural, respondía principalmente a las áreas urbanas. De esto, el crecimiento económico de los años de 1970 comenzó a influir en la salud, pero con enorme diferenciación social adversa a la población rural.

### ***Política de la salud en la década de la revolución (1979–1989)***

Desde mediados de la década de 1970 creció la crítica de parte de muchos gobiernos en contra del enfoque de política de salud promocionado por la OMS (Magnussen et al. 2004). Fue criticado por ser verticalista y elitista en su forma de organización sin participación de la sociedad más allá del personal del sistema de salud. Dado el contexto político de países de África que acababan de conquistar sus independencias, y además dado el éxito del modelo de salud de China con los “doctores descalzos” centrado en lo rural, participación comunitaria y salud preventiva (Sidel 1972), las críticas calaron hondo y dieron lugar a la emergencia de otro enfoque. Era un período en que el mundo buscaba un enfoque de “desarrollo humano”, enfatizando procesos participativos de abajo hacia arriba, que exigía cambios en la situación socio-económica de los países, y distribución de recursos; y en el caso de la salud, específicamente, un enfoque de atención primaria de salud. Estos cambios fueron asumidos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Almá-Atá de la Unión Soviética en 1978, donde en su declaración final reivindican “la salud... es un derecho humano fundamental y el logro del nivel más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante a nivel global.”<sup>7</sup>

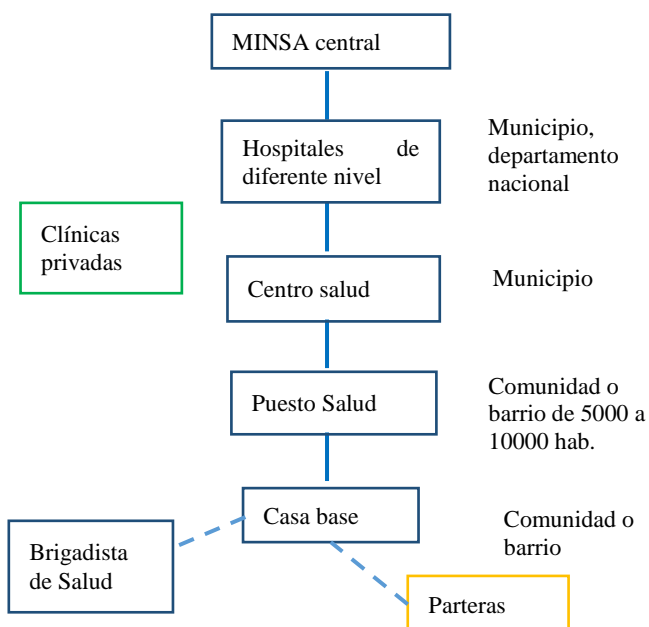
En este contexto, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), que llegó al poder derrocando militarmente a la dictadura de Somoza, asumió una política que, más que sus atributos de masividad y gratuidad, constituyó un fuerte cambio en el país. Por primera vez se estableció un sistema de salud, con articulación inter-institucional entre el subsistema para el sector de las fuerzas armadas (el ejército y la policía con sus propios sistemas de salud), y para el sector público y privado, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. El enfoque hacia la política de la salud era preventivo y curativo. Su carácter preventivo incluyó la promoción de la salud, contando con alta participación de la sociedad en las campañas de vacunación y limpieza (higiene). En este período surgen y se multiplican las brigadas de salud en las áreas rurales, se capacitan a las parteras, y se difunde información y material educativo para prevenir enfermedades).<sup>8</sup> El estado en cuanto a la salud creó una institucionalidad que perdura hasta el día de hoy. Ese sistema está organizado en diferentes niveles (ver figura 18): el primer nivel lo constituye la comunidad o barrio con una casa base de atención de salud (parteras y brigadista de salud), el segundo nivel un puesto de salud (servicios básicos de salud), el tercero un centro de salud por municipio (presencia de al menos un doctor) y el cuarto hospitales públicos y clínicas privadas (servicios especializados, ver figura 18).

---

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud, "Declaración de Almá Atá: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.", Almá Atá, USSR, 6–12 Septiembre 1978.

<sup>8</sup> Entrevista con Arguello y Téllez, agosto 2014.



**Figura 18: Estructura del sector salud, 1979–89**

**Fuente:** Elaboración propia en base a entrevistas.

Los recursos para la expansión del sistema de salud provenían del estado y de la solidaridad internacional, incluyendo la de Cuba con sus brigadas de médicos y envío de medicinas. No obstante que el monto de esa solidaridad es difícil de cuantificarlo, se estima que era el doble del presupuesto oficial en materia de salud.<sup>9</sup> La relación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, encargada de las finanzas, estaba mediada por la situación interna de, por un lado, proveer gratuidad en la atención de la salud y por otro lado, la urgencia de financiar la guerra.

En esta década se lograron ciertos resultados muy importantes: “prácticamente todas las enfermedades inmuno-prevenibles fueron controladas (como la polio, la difteria, la tos ferina y el sarampión); y se redujo la mortalidad relacionada con la diarrea” (Arguello 2009). Concluimos que la participación de la población, la expansión masiva y gratuita, las mejoras en la institucionalidad y el enfoque de salud preventivo, fueron la clave del éxito. Se logró la articulación inter-institucional y del sistema de salud en un contexto de guerra, de enorme tensión nacional-internacional y de tomar ventajas al adversario militar vía políticas de salud que llegasen a los lugares más distantes de la capital.

### ***La política de salud en la era neoliberal (1990–2006)***

Ya en la década de 1980 el neoliberalismo fue promoviendo ideas de centrarse en el individuo (visto en ese paradigma como actor autónomo, con decisiones racionales motivados por factores económicos) en lugar de la sociedad (léase organizaciones), limitar el papel del estado en la economía y reducirlo a brindar seguridad, reducir el gasto social (salud y educación), liberalizar los mercados (reducción de barreras al libre mercado) y privatizar los bienes públicos, así que re-dirigir los servicios sociales a que sean manejados por el sector privado (Williamson 2005). Ello significó el inicio del resquebrajamiento del modelo del ‘estado de bienestar social’ en Europa y la privatización arrolladora en América Latina. Las políticas respondieron más y más a la lógica de mercado. La salud y la educación no escaparon a esa monumental transformación, de ahí el boom de centros escolares, hospitales y seguros sociales privados. La guía era el mercado, tal como predicaba el Banco Mundial (BM) y el

<sup>9</sup> Entrevista con Arguello y Téllez, agosto 2014.

Fondo Monetario Internacional (FMI), organismos que crecían en liderazgo para ver ‘lo social’ como ‘auxiliar’ de la economía, y de entender seguro social desde la lógica de rentabilidad financiera.

En Nicaragua, como en prácticamente todos los países de medianos y bajos ingresos, esas políticas transformaron la institucionalidad del estado y de la sociedad. Primero, el enfoque de salud promovido por la OMS desde finales de la década de 1970 hasta la década de 1980 comenzó a erosionarse y ser desafiado en sus ideas de plantearse metas sin tener suficientes recursos para llevarlas a cabo.<sup>10</sup> Con este cambio de enfoque el liderazgo de la OMS (y en consecuencia de la OPS en América Latina) perdió peso. Segundo, el nuevo gobierno de Nicaragua bajo la presidenta Chamorro desde el mismo año 1990 firmó una ‘carta de intención’ con el FMI y el Banco Mundial, de políticas macroeconómicas guiadas por principios de una economía de mercado. Ello significó, por un lado, la relación entre el MINSA y el Ministerio de Hacienda fue mediada por políticas macroeconómica consignadas por el gobierno, que velaban por la sanidad de la economía bajo cuya rectoría se movían las políticas de salud, incluyendo su presupuesto, su reorganización y la fuerza creciente del sector privado en la salud. Tercero, se privatizó el seguro social y la atención médica, manteniéndose bajo el Ministerio de Salud la administración de hospitales y el Sistema Local de Atención Integral En Salud (SILAIS) a nivel departamental. Se mantuvo la gratuidad de la atención médica, pero por la limitada oferta de medicamentos y por el marco de políticas a favor de la privatización, esa gratuidad era más discursiva: los centros de salud y hospitales fueron erosionándose por la fuerza de los mercados.<sup>11</sup> Cuarto, complementario a los servicios públicos y privados, se abrió espacio a las ONG y la ayuda internacional que le dieron rostro humano al neoliberalismo. Esta ruta en 2005 relanzó la Declaración de París<sup>12</sup> lo que permitió que el estado y la cooperación internacional lograran que buena parte de los recursos de la cooperación contribuyeran al presupuesto del estado y que aunaran esfuerzos para mejorar la salud, aunque siempre regidos por el indicador del déficit fiscal del Ministerio de Hacienda.

Propiamente, la transformación de la institucionalidad puede verse en la figura 19. Surgieron las empresas médicas previsionales, incluyendo hospitales privados, también exclusivas empresas importadoras de medicinas, que adolecieron de control de calidad de parte del estado, en gran parte por la influencia de grupos económicos en los roles del estado.<sup>13</sup> La participación de la sociedad dada en la década de 1980 fue interrumpida, y en su lugar emergieron docenas de ONG y proyectos dirigidos a la salud (incluyendo la red de ‘farmacias sociales’ con medicinas genéricas, muchas de ellas ligadas a organizaciones religiosas como la ONG Juan XXIII) de forma desvinculada del estado. Surgió la Junta Directiva de la Sociedad Civil en los hospitales, conformadas por empresarios/as con interés humanitario para ayudar con mejores camas a los hospitales, proveyéndoles de equipos como máquinas rayos X, etc. De aquí, la participación masiva ya no fue el objetivo, pero los brigadistas, aunque en menor

<sup>10</sup> Walsh y Warren (1979) propusieron enfocarse en combatir enfermedades basado en intervenciones médicas que sean costo-efectivas financieramente: “Un programa flexible llevado a cabo por unidades fijas o móviles podría incluir la vacunación contra el sarampión y la difteria, la tos ferina, el tétanos, el tratamiento para la malaria febril y la rehidratación oral para la diarrea en los niños, la antitetánica y el fomento de la lactancia materna en las madres. Otras intervenciones podrían añadirse en función de las necesidades regionales y nuevos desarrollos..” (p.970)

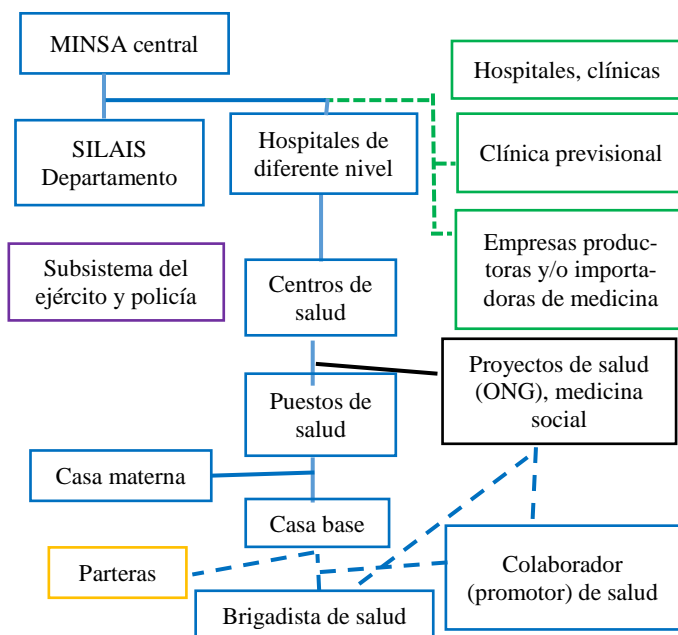
<sup>11</sup> Testimonio de directores de hospitales de ese periodo relatan cómo el personal médico-enfermeras usaban los hospitales y centros de salud públicos para captar clientes y trasladarlos a sus clínicas privadas. Esta práctica, sin embargo, no existía solo en Nicaragua, sino en la mayoría de los países con políticas de ajuste estructural.

<sup>12</sup> La Declaración de París promueve los siguientes principios: apropiación en que los países tienen autoridad sobre sus políticas, alineación en que los donantes basan su apoyo en las políticas e instituciones de los países, armonización de las acciones de las agencias evitando duplicidad de intervenciones, orientado a resultados, y ser responsables gobiernos y donantes de los resultados de desarrollo.

<sup>13</sup> Entrevista con Arguello, agosto 2014, y Castillo, diciembre 2014.

número, siguieron siendo tomados en cuenta por el Ministerio de Salud y particularmente por las ONGs nacionales e internacionales.

**Figura 19: Estructura del sector salud, 1990–2006**



**Fuente:** Elaboración propia en base a entrevistas.

Dada la fuerza que las ONGs ganaron en el área salud, así como el interés de los donantes por el sector salud, en el marco de la Declaración de París, se desarrolló una agenda PROSALUD entre donantes y el gobierno en 2005 (al igual que se organizó para educación y para el sector agropecuario con PRORURAL), a través del cual los recursos externos fluyeron y se avanzó en construir puentes de consulta entre donantes y gobierno, lo que fue de algún modo un tipo de ‘articulación institucional’ entre el estado y la cooperación. En ese marco la ayuda significó hasta un 35 por ciento del presupuesto, ayuda que entró al presupuesto del estado.<sup>14</sup> En ese monto (o porcentaje) no se incluyen fondos de los donantes intermediados directamente por ONG diversas, que no entran al presupuesto oficial, por ejemplo NICASALUD que hasta el día de hoy intermedia recursos de la USAID a diversas ONGs (internacionales) con proyectos para el país. En este período, lo que eran recursos externos vía solidaridad en la década de 1980, vinieron a ser ayuda externa que entró al presupuesto y otra ayuda externa que fue administrada y ejecutada por las ONGs.

De este período, primero, el Ministerio de Salud dejó de ser, en la práctica, institución rectora de la salud, apareciendo en su lugar varios ‘sistemas’ y actores incluyendo a las empresas, las ONGs y el estado ofertando servicios (o proyectos) de salud de manera dispersa. Además, el ejército y la policía quedaron con sus propios subsistemas de salud. Segundo, el gran articulador de este sistema social era el mercado, y dentro de esa articulación las relaciones sociales de poder se despolitizaron. La movilización de los recursos siguieron la lógica de rentabilidad y el indicador de ‘déficit fiscal’ consignado en acuerdos con los organismos financieros internacionales. Tercero, el enfoque de salud preventivo nuevamente fue sustituido por un enfoque curativo. Cuarto, el impacto de este sistema mixto, incluyendo brigadistas de salud y parteras que venía del periodo anterior, permitió mantener la tendencia de mejoría en los indicadores de salud.

<sup>14</sup> Entrevista con García, agosto 2014.

## La política de salud bajo el gobierno actual (2007–2015)

Después del regreso al poder de Daniel Ortega y del FSLN en las elecciones del 2007, la institucionalidad en torno a la salud volvió a dar otro viraje. En esta sección analizamos esa transformación y lo ampliamos con datos cuantitativos en cuanto a la oferta de servicios (y movilización de recursos) y su impacto. Este gobierno se autodenomina el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN).

### ***Institucionalidad***

Las críticas al modelo neoliberal crecieron en el mundo desde la misma década de 1980. Se criticó el enfoque neoliberal de ver la salud como negocio donde están implicados desde empresas nacionales e internacionales, pasando por el estado. También se criticó el enfoque del efecto goteo (*trickle-down economics*), en donde se suponía que el crecimiento económico iba a resultar automáticamente en una mejora del desarrollo social:

La idea que un crecimiento económico sólido llevará automáticamente a una mejor vida para todos es reconfortante. Desafortunadamente también está equivocada. Políticas específicas orientadas al crecimiento no solamente han fracasado para mejorar el nivel de vida y situación de salud para los pobres, sino que incluso han provocado sufrimiento adicional en poblaciones marginadas y pobres. (Kim et al. 2000, p.15)

Esas críticas vinieron de diferentes lados. Los países llamados “tigres asiáticos” (Japón, Corea del Sur, Taiwan PdC y Hong Kong) afirmaron crecer con políticas contrarias al neoliberalismo (Wade 1990). Los países económicamente emergentes llamados BRICS (Brasil, Rusia, India, China y África del Sur) hablaron de incluir redistribución como eje de desarrollo. Los países miembros del ALBA criticaron las políticas neoliberales expresadas en las políticas de ajuste estructural, su práctica del goteo económico, la creciente desigualdad y el aumento de la pobreza. La crítica incluyó a las agencias de cooperación internacional, por su aparente intromisión en asuntos políticos de los países y por contribuir al resquebrajamiento del rol del estado. Entre los países miembros del ALBA, Cuba ha sido reconocido por alcanzar altos estándares de salud y educación, y por ser un país que exporta vacunas, equipos y kits reactivos que permiten la detección de cinco enfermedades del metabolismo durante la etapa neonatal (Altamirano 2014). También manda personal médico como expresión de solidaridad a otros países o en intercambio con recursos preciados, como el petróleo con Venezuela. Con las críticas mencionadas y dada la influencia del modelo Cubano sobre la salud, varios gobiernos de izquierda (Venezuela, Argentina, Brasil, Ecuador, Bolivia, Nicaragua, Chile, Perú),<sup>15</sup> fueron trabajando la reducción de la pobreza y desarrollando sistemas de salud. En el caso de Nicaragua (y otros países como Bolivia y Venezuela) incluyeron fuerte apoyo de médicos y medicina proveniente de Cuba.

En Nicaragua, esta época coincide con un aumento de la cobertura de servicios médicos (número de pacientes atendidos, número de unidades de salud construidas, número de personal) y avances en mortalidad infantil, mortalidad materna, y desnutrición. La figura 20 ilustra el aumento en recursos humanos empleados por el MINSa. De acuerdo a los datos oficiales de esta entidad, la cantidad de médicos aumentó de 2,152 en 2005 hasta 3,621 en 2011, una variación positiva de 68 por ciento. En el mismo periodo también subió la cantidad del personal de enfermería, aunque a un ritmo menos pronunciado que los médicos. Luego la tasa interanual de crecimiento se redujo hasta

<sup>15</sup> En algunos de estos países, por ejemplo Argentina y Brasil, gobiernos de derecha han asumido el poder en los últimos años.

llegar a números negativos en 2010 (Quirós 2011). A la par de este aumento en personal, aumentó también la proporción del gasto corriente en el presupuesto (por ejemplo, el pago de salarios llega a representar el 80 por ciento del gasto total). La proporción del gasto en capital se redujo de 24.20 por ciento en 2005 a 5.53 por ciento en 2010 (Quirós 2011).

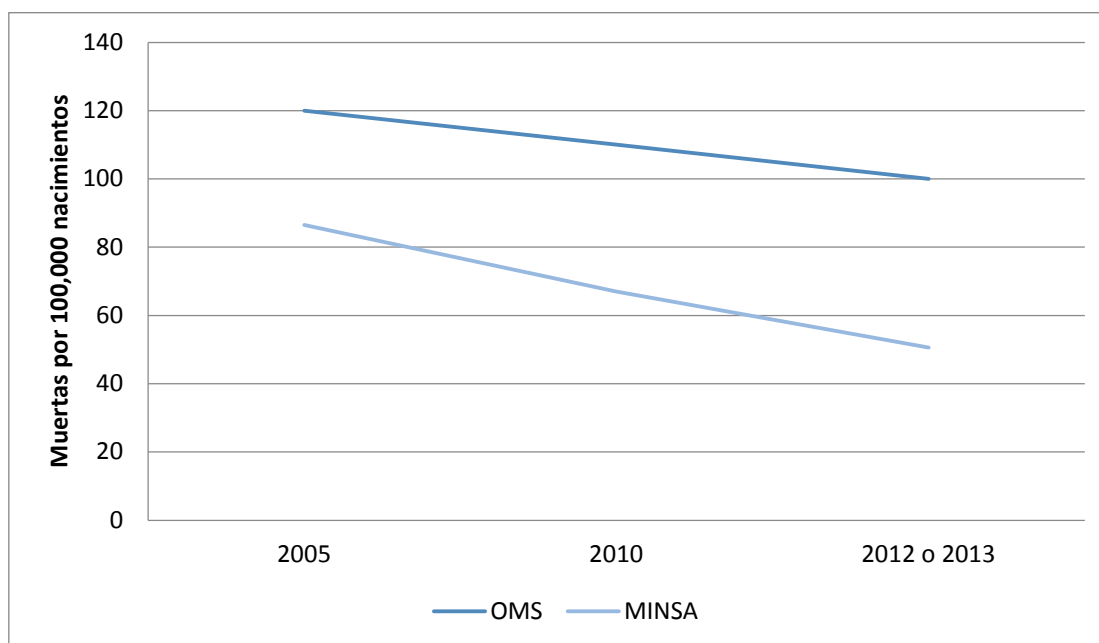
Nicaragua ha logrado en varios indicadores resultados aplaudidos por organismos internacionales como las Naciones Unidas. La figura 21 brinda detalle de la evolución de la mortalidad materna (fallecidas por cien mil nacimientos), en la que graficamos tanto los datos publicados por el gobierno/MINSA como los disponibles en los sitios web de la OMS (y el Banco Mundial). Los datos de ambas fuentes difieren, y si bien es cierto que el valor informado por el gobierno/MINSA es considerablemente inferior al valor del OMS, se concluye que en ambos casos el indicador muestra una tendencia positiva.

**Figura 20: Recursos humanos MINSA, 2000, 2005 y 2011**

	Médicos	Enfermeras (incl. Auxiliares)
<b>2000</b>	2,019	5,996
<b>2005</b>	2,152	6,017
<b>2011</b>	3,621	6,720

Fuente: MINSA 2011.

**Figura 21: Mortalidad materna (2005–2012/13)**



Fuente: MINSA 2014 y OMS 2014.

Coherente con lo establecido en la Declaración de París, la administración de Ortega impulsó entre los donantes la alineación con las políticas del país y el fortalecimiento del liderazgo del gobierno. En el periodo del gobierno de Bolaños, los donantes habían apostado por este alineamiento, y así apoyaron al sector salud (PROSALUD), educación (PROEDUCACION) y desarrollo rural (PRORURAL). La administración de Ortega aceptó este modelo. Sin embargo, las diferencias políticas entre el gobierno y los donantes tradicionales se profundizaron (Carrión 2016). Al mismo tiempo, los gobiernos de Europa ante la crisis financiera estallada en 2008 decidieron concentrar

mayor cantidad de recursos en los países de África. En este contexto, la ayuda externa proveniente de Europa se redujo, mientras el apoyo externo vía ALBA aumentó; la cooperación norte-sur que pasaba los 500 millones de dólares por año bajó y la cooperación sur-sur aumentó vía ALBA, por un monto también cercano a los 500 millones de dólares (BCN 2014; Carrión 2016).

Este cambio se incorpora de manera explícita en la Política Nacional de Salud (2008), al formular como uno de los 9 lineamientos: "...es el gobierno y sus instituciones las que definen y deciden las líneas de Cooperación Internacional y sus mecanismos de operativización de la misma" (MINSAL 2008, p.22). Bajo el gobierno de Ortega, Nicaragua se perfila de nuevo como protagonista de sus decisiones políticas, y no como receptor pasivo de la cooperación internacional.

Este proceso se acompaña de cambios en la institucionalidad. El apoyo externo proveniente de ALBA se da a través de un acuerdo Petrocaribe iniciado en 2005, un acuerdo entre Venezuela y los países del Caribe, incluido Nicaragua. Dicho acuerdo consiste en que el 50 por ciento del precio del petróleo se paga al contado, y los otros 50 por ciento en 25 años. Si por ejemplo Nicaragua importa alrededor de 10 millones de barriles por año, y si el precio por barril es USD 100, el 50 por ciento de ese valor (50 x 10 millones = 500 millones) es lo que financia programas productivos, económicos y sociales. Ese monto de cooperación no entra al presupuesto. Esta práctica, sin embargo, no es ajena a la forma de proceder en otros países del ALBA y de los países BRICS, en los cuales se crean empresas que son y no son del estado, o que son mixtas. Al proceder en Nicaragua de esta manera, los fondos donados no entran al presupuesto de la nación, y se afecta la transparencia del manejo de los mismos (Carrión 2016).

El sistema de salud estatal, obviando el enfoque preventivo, persiste en las bases constituidas en la década de 1980, aunque con ciertos cambios. Primero, la estructura de la salud es gruesamente la misma, reconstituyendo vínculos con los brigadistas, colaboradores, parteras y casas de base, incidiendo cada vez más en las clínicas previsionales y en la importación de medicinas (ver más adelante). La diferencia está en la centralización del estado: hoy en día las decisiones fundamentales son tomadas de forma centralizada, lo que tiene efectos mixtos. Por un lado dificulta la eficiencia en los centros de salud, y por otro lado reduce el riesgo que personal médico y enfermeras estén tomando ventajas de los recursos públicos para fines privados, con el cual la capacidad del estado de aumentar la cobertura es mayor.

En cuanto a la privatización, iniciada en el período anterior, se añade mayor participación de parte del gobierno y partido oficial en las clínicas previsionales y en la importación de medicinas. Sin embargo, el carácter de negocio de la salud impuesto desde 1990 sigue en vigor y tiene efectos mixtos. Por un lado, la cobertura de atención mejoró; por otro lado, puede debilitarse el control de calidad de medicinas importadas, lo que reduciría las ventajas anunciadas por ALBA de reducir los costos y mejorar la calidad de las medicinas al importarlas directamente.<sup>16</sup> Esto último es debido a la profundización de la influencia del sector privado en el estado, limitándolo en su capacidad de control objetivo de la calidad de las medicinas.

---

<sup>16</sup> Ministra Sonia Castro anunció una lista de 489 productos esenciales para atender las enfermedades más sentidas en el país, con su consecuente disminución de precios (Torres 2012). Los países ALBA también anunciaron que ALBA "impulsa un plan de acceso a medicamentos esenciales que podría ahorrar entre el 20 y el 50 por ciento del actual gasto público en medicinas de ese bloque" (La Prensa 2013).

Los servicios de salud dados por las ONGs persisten, aunque más débiles en su alcance y en su relación con los colaboradores y brigadistas de salud, y en general con menor relación con la estructura del Ministerio de Salud. Las ONGs disminuyeron en número y tienen menos recursos externos, mientras la cobertura del estado ha aumentado. Las ONGs que persisten trabajan como parte de redes como el de NICASALUD o el Foro Salud, organismos que aglutinan a varias ONGs que proveen servicios de salud en el país, mayormente a favor de las mujeres. Aquí es donde hay mayor tensión entre el gobierno y las ONG en torno a temas como el aborto terapéutico y la lucha contra la violencia doméstica (feminicidio).<sup>17</sup>

Ponderando el conjunto del sector de la salud en el presente, puede apreciarse articulación y desarticulación con la institucionalidad de la salud: Articulación desde la institución estatal, fortaleciéndose a nivel de base y aumentando su influencia en las clínicas previsionales y en la importación de medicinas, así como en cobertura de la salud; desarticulación con relación a las ONGs (Arguello 2014) y probablemente las empresas privadas fuera del control del gobierno; mientras el subsistema del ejército y de la policía persiste de forma autónoma.

### ***Políticas y operatividad en el marco del ALBA***

Esta sección refiere a las políticas del gobierno actual, basadas en su nuevo modelo de desarrollo “Restitución de los Derechos Humanos” de los y las nicaragüenses como su centro y fin último. La política del gobierno enumera 15 principios orientadores, siendo el segundo “Salud y educación para todas y todos, donde estén y en las condiciones que vivan, utilizando todos los medios convencionales y no convencionales para lograrlo.”

De acuerdo a los datos comparativos para los periodos 2002–2006 y 2007–2010, la decisión de brindar servicios de salud gratuitos a partir de enero 2007, va de la mano con un incremento promedio anual de USD 90 millones en el esfuerzo presupuestario para el sector salud (aumento de 136.7 a 226.7 millones – figura 22). En el periodo 2007–2010 se observa la reorientación de fondos desde una mayor proporción para servicios de primer nivel (centro de salud, puesto de salud, hogar) hacia el segundo nivel (hospitales).

**Figura 22: Esfuerzo presupuestario sector salud en millones de USD, 2006–2010**

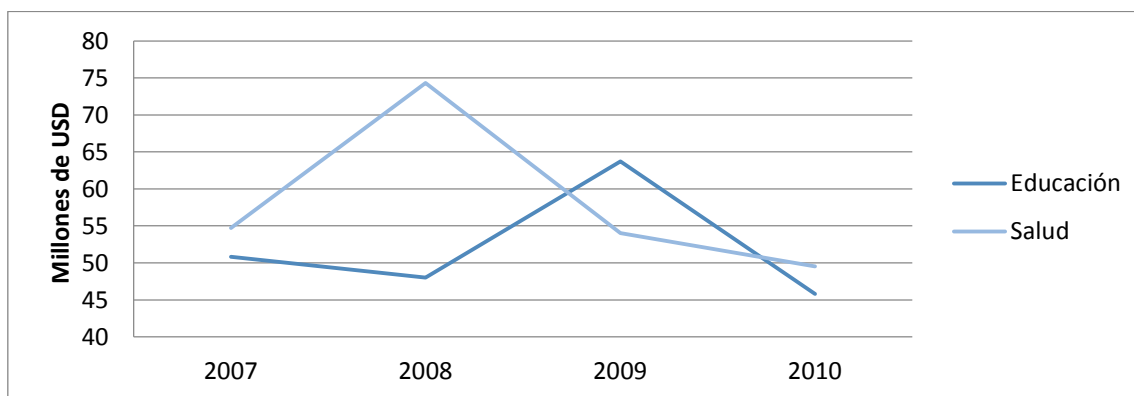
	<b>prom 02-06</b>	<b>prom 07-10</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Primer nivel</b>	112.6	135.3	167.5	187.2	89.9	96.4
<b>Segundo nivel</b>	17.5	80.3	36.7	40.1	126.2	118
<b>Nutrición</b>	5.7	9.9	8.9	19.1	11.8	0
<b>Población</b>	1	1.3	2.5	1.8	0.7	0
<b>Salud total</b>	136.7	226.7	215.5	248.2	228.7	214.4

Fuente: FMI 2011.

Entre 2007–2010, la cooperación externa anual desembolsada a Nicaragua (suma de donaciones y préstamos para el sector público), alcanzó un promedio de USD 584.1 millones (ver figura 16), 3.2 por ciento superior al promedio recibido entre 2002–2006. El monto total de recursos externos dirigidos al sector salud promedia USD 52 millones entre 2007 y 2010, equivalente al 9.7 por ciento del total de recursos externos recibidos en este periodo (en el caso del sector educación es el 8.7 por ciento).

<sup>17</sup> La Iglesia Católica institucional rechaza todo tipo de aborto. Aunque el gobierno y la Iglesia institucional tienen posiciones políticas opuestas, en el tema del aborto han coincidido.

**Figura 23: Recursos externos para los sectores de salud y educación (en millones de USD), 2007–2010**



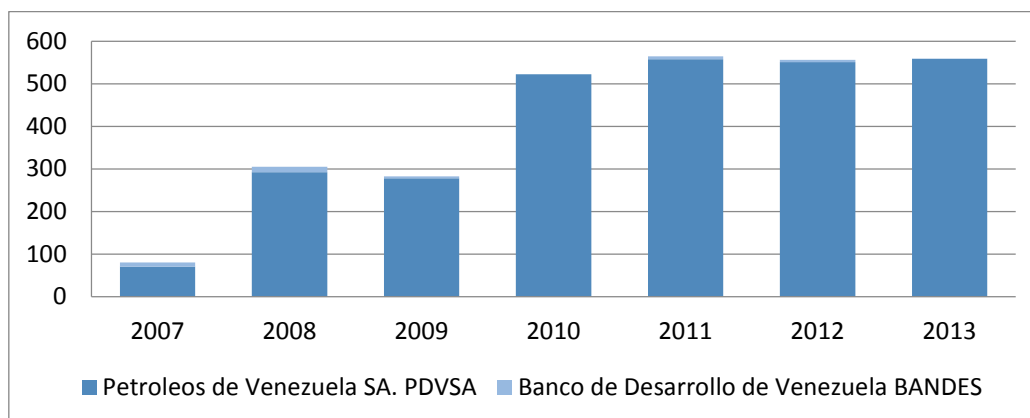
Fuente: FMI 2011.

Esto significa que los recursos externos (cooperación oficial para el sector público) recibidos para el sector salud representan en promedio el 22.9 por ciento del esfuerzo presupuestario destinado a salud en el periodo 2007–2010 (52 de 226.7 millones USD). A la par de la implementación de la gratuidad de los servicios, las políticas de salud de Nicaragua en el periodo actual están estrechamente vinculadas con las iniciativas creadas para el sector por los países integrantes del ALBA. Desde el año 2007 Nicaragua a través del Decreto de la Asamblea Nacional No. 5113, publicado en La Gaceta, Diario Oficial, aprobó el Convenio de Cooperación Técnica en los campos de la salud y la medicina con Venezuela. Esta cooperación se conoce como ALBA-SALUD, y está compuesta por 8 proyectos, siendo los principales Operación Milagro, ELAM o la Escuela de Medicina de las Américas, Todos con Voz o el programa de atención a las personas con discapacidad, ALBA-Prot (protesis), ALBA-MED y ALBA-FARMA.

Generalmente se publican indicadores cuantitativos para los diferentes proyectos (por ejemplo la cantidad de personas atendidas, cantidad de exámenes de laboratorio realizados, cantidad de recetas entregadas) pero no el presupuesto asociado con la prestación de los servicios de cada componente, ni el origen preciso de los fondos, los cuales se manejan al margen del presupuesto de la nación.

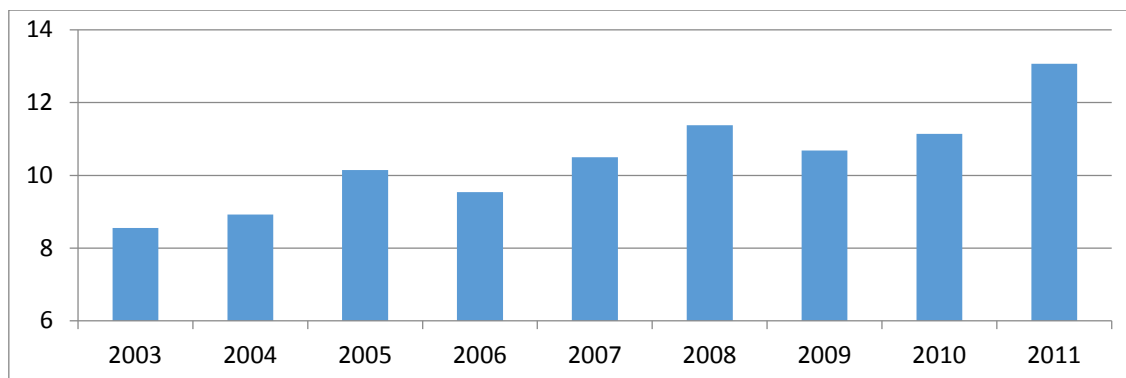
Una parte reducida de los fondos para los programas sociales del ALBA proviene del Banco del ALBA. En entrevista con Prensa Latina, el director ejecutivo del Banco del ALBA, Esteban Martel, precisó que “el monto total de financiamiento para estos programas asciende a 17.9 millones dólares, de los cuales 3.4 millones corresponden al financiamiento de ALBA Salud” (La Voz del Sandinismo 2009). De acuerdo a los registros del Banco Central de Nicaragua, la principal fuente de recursos Venezolanos en el caso de Nicaragua se registra bajo el concepto de préstamos bilaterales para el sector privado, canalizados casi exclusivamente a través de PDVSA dentro del marco del acuerdo petrolero.



**Figura 24: Préstamos de Venezuela para el sector privado de Nicaragua (en millones de USD), 2007–2013**

Fuente: BCN 2014.

Este flujo se ha estabilizado desde 2010 a un nivel que representa un 40 por ciento del monto total de cooperación externa (suma de donaciones y préstamos para el sector público y privado) que recibe Nicaragua (BCN 2014). Sin embargo, no hay claridad sobre la proporción de estos fondos que se utiliza para financiar los proyectos del ALBA en el sector salud. Cabe mencionar que desde el año 2010, el Banco Central de Nicaragua no registra fondos de Venezuela recibidos como donación. En el anexo 1 se brinda un resumen de algunos de los proyectos ALBA para el sector salud.

**Figura 25: Fondos manejados por ONGs para sector salud (en millones de USD constantes 2011), 2003–2011**

Fuente: OMS 2014.

Contextualizando lo anterior, tenemos un marco de políticas macroeconómicas que no ha variado radicalmente de un gobierno a otro en los últimos 25 años, desde el gobierno de Violeta Chamorro hasta el presente; las bases de dichas políticas son el mantener un déficit fiscal y déficit comercial bajos, tasa de inflación menor a dos dígitos, y tasa de cambio estable. Ello para el sector salud significa mantener cierto gasto social, sin que afecte el indicador déficit fiscal que es garantía para la estabilidad económica. Bajo el actual gobierno se demuestra que este compromiso en cuanto a la política fiscal consignado puede variar; es lo que ha sucedido con los recursos que provienen del ALBA, aunque esta participación diluye la frontera entre lo público y lo privado. Ese marco macro no impide la acción de la sociedad. Mientras tanto, la inversión privada, tal vez coherente con las políticas macro, persiste y crece. La movilización de recursos para el área de salud tiene varias fuentes, internos y externos, y es un espacio institucional donde participan el estado, la sociedad y los mercados.

## Conclusiones

La hipótesis del presente estudio era que “ha habido avances en el alcance del sector salud en Nicaragua desde 1972 hasta nuestros días, avances que se ubican dentro de un marco de crecimiento económico, de apoyo y orientaciones de la cooperación internacional y de las políticas del gobierno central. Poco ha sido la incidencia desde una sociedad civil organizada y autónoma del estado, y no se observan mayores avances en cuanto al fortalecimiento institucional de los entes de gobierno.” En lo que sigue, comparamos los hechos analizados en este informe con las diferentes partes de esta hipótesis.

### “Avances en el alcance del sector salud...”

El sistema de salud del país ha mejorado en términos de cobertura, aumento de unidades de salud, mayor número de personal; el impacto de dichos servicios también ha mejorado en términos de reducción de mortalidad infantil, mejoría en la expectativa de vida y en la reducción de diversas enfermedades.

En general el personal de salud del país es “un personal muy comprometido”, que así ha sido desde la década de 1980.<sup>18</sup> Existe una red de salud y un tendido de infraestructura (parteras, brigadistas, puestos de salud, centros de salud, etc.) con más presencia en diferentes partes del país. Esto, a pesar de los vaivenes en uno y otro período, parece tener un impacto institucional positivo para implementar políticas de salud.

### “Avances en el alcance del sector salud... se deben... al crecimiento económico, a la cooperación internacional y a las políticas del gobierno central...”

El gasto en salud en Nicaragua, tanto público como privado, ha ido en aumento a lo largo del periodo analizado. Este aumento se da en un contexto de crecimiento económico. Además del aumento del gasto en valor absoluto, el gasto público en salud como porcentaje del PIB ha aumentado en la medida que la misma economía transita hacia mayores niveles de ingresos. Sin embargo, a pesar de esta tendencia positiva, Nicaragua como país de ingresos medios bajos, mantiene un gasto público per cápita en salud muy inferior al promedio de los países de su categoría.

En cuanto a la relación entre el Ministerio de Salud y el de Hacienda, en las décadas de 1970 y 1980 no hay tanto vínculo, más que lo normal para la aprobación de los presupuestos, regidos por políticas nacionales. En cambio, a partir de 1990, la relación está sujeta a los acuerdos de políticas macroeconómicas consignados por los gobiernos con el FMI y el BM; el presupuesto de la salud está regido por el criterio de déficit fiscal y balance comercial. Y a partir del 2007 la relación sigue sujeta a los acuerdos de política macroeconómica pero con un estado más fuerte en términos de gestión centralizada.

En unos periodos hay más peso de los actores externos o más peso de actores internos. Así en los años de 1970 el verticalismo del sistema de salud no solo respondía al carácter vertical de la dictadura en el país, sino reflejaba por igual manera los enfoques dominantes de actores internacionales como la OMS. En la década de 1980 el carácter participativo no solo se debió a la revolución sandinista de movilizar a las masas, sino también al cambio de enfoque dentro de la OMS que comenzó a valorizar la participación comunitaria desde 1976 hasta 1988, justamente bajo la dirección de Mahler con el slogan de "Health for All by the Year 2000" (Mahler 1976). El enfoque de mercado y las reformas de privatización del sector salud en boga durante las décadas

<sup>18</sup> Entrevista con Arguello, agosto 2014

de 1980 y 1990 coincidieron con la derrota del gobierno sandinista, que fue reemplazado con gobiernos que implementaron políticas neoliberales del FMI y del BM. Algo similar sucedía a nivel internacional donde el neoliberalismo se impuso en el tema de la salud en parte facilitada por la debilidad estructural en la propuesta de la OMS, que carecía de metas realistas y de claridad en las estrategias para llevarla a cabo (OMS 2000–2013).

Ha habido disputas sobre políticas de salud a lo largo de los 40 años. En salud preventiva, aunque desde 1990 hasta el presente el modelo priorizado es el curativo,<sup>19</sup> la administración actual considera que hace prevención basado en campañas de limpieza y de vacunación acompañadas de slogans de “vivir limpio y vivir bonito”, mientras otra parte de la sociedad observa que no hay transparencia informativa, lo que es esencial para la prevención. Algunas familias comienzan a rechazar las campañas de abate y de vacunación por considerarlas partidarias.<sup>20</sup> De hecho, la tensión entre medicina (tratamiento) y salud pública (prevención) ha sido un debate de toda la historia de la salud en el mundo, en la que para mejorar la salud hay que proveer “más médicos, hospitales, diagnósticos, y acceso a medicina”, o impulsar “la educación de los pacientes y la prevención dirigida a atender necesidades básicas” (Brandt 2000), una dicotomía a superarse.

La diversidad de fuentes de recursos para la salud se ha ido ampliando. Bajo el gobierno de Somoza la salud prácticamente dependía solo del estado, situación que ha variado en cada periodo de gobierno posterior, con fuentes que incluyen al estado, al sector privado, países donantes y las agencias de cooperación internacional.

La llegada del gobierno actual a partir del 2007 significa un pequeño viraje. Mientras Ortega no puede re-editar la década de 1980 porque en el contexto actual las políticas neoliberales tienen aún mayor peso, el contexto de emergencia de los países BRICS y en particular de los países ALBA le permitió captar recursos financieros y humanos a favor de la salud. Ante este contexto el gobierno imprime un sello en el tipo de organización de la salud, de algo más centralista y a la vez con mayor liderazgo del estado que en el período 1990-2006.

“Avance en el alcance de los servicios de salud... se debe... un poco menos a una sociedad civil organizada y al fortalecimiento institucional del gobierno.”

A mayor involucramiento de la sociedad en la salud, mayor salud en la población. En la década de 1970 y en el periodo de 1990 hasta 2006, la participación de la población fue limitada, por lo que la salud del país enfrentó los mayores problemas. En la década de 1980, a pesar de la guerra civil, se logró un enorme avance en materia de salud para toda la población del país, incluyendo a la población rural. A la vez, hay mucha incidencia en esta variable desde el contexto nacional e internacional: cuando prima una lógica de negocio, enfoque promocionado por las empresas, por el Banco Mundial, y por el peso de las élites económicas en los gobiernos, hay menos participación de la población. La década de 1980 de algún modo fue excepcional, no solo por el carácter de la revolución, pero también por el contexto internacional de solidaridad y por la presión de la guerra que obligó al gobierno a profundizar sus políticas de salud para mantener el apoyo de la mayor parte posible de la población. Más recientemente, se destaca la política de gratuidad a los servicios de la salud a partir del 2007 y la mejoría en la eficacia de todas las estructuras del MINSA para responder a la población.

<sup>19</sup> Entrevista con Arguello, agosto 2014

<sup>20</sup> Entrevista con Arguello, agosto 2014

Un patrón común en estos 40 años ha sido la participación de la sociedad en la salud. En la década de 1970 esta participación fue vinculado con organizaciones religiosas, en la década de 1980 fue la solidaridad internacional a través de diversas expresiones organizacionales, a partir de 1990 las ONGs se multiplicaron exponencialmente, y bajo el gobierno actual iniciado en 2007 persisten las ONGs y una estructura participativa de salud en las comunidades (casa base, brigadistas, colaboradores, parteras).

El desafío mayor del sistema de salud, y esta es la recomendación de este estudio, es generar información fiable y democratizarla en el sentido de garantizar el acceso de toda la población a esa información, lo que es más posible en el contexto actual de revolución tecnológica. Información fiable significa registrar y reportar con rigor y convicción de que su difusión es un bien para toda la sociedad y no un argumento de descalificación partidaria. Si la población y las distintas instituciones accediesen a información, el carácter preventivo puede aumentar y en consecuencia el enfoque curativo también se vuelve más efectivo. Ello repercutiría positivamente en un mejor aprovechamiento de los recursos y en que las instituciones se fortalezcan. Por ejemplo, una familia informada-educada puede cuidar su higiene y garantizarse de evitar criaderos de mosquitos (zancudos), lo que ahorra al estado, mejora la calidad de sus vidas y aumenta la capacidad del sistema de salud; igualmente, las diversas instituciones pueden mejorar sus inversiones –el estado en tuberías para las ‘aguas negras’, las ONGs en diversificación productiva y seguridad alimentaria, y el sector privado evitando contaminar el agua. La disponibilidad de información para el sector salud, particularmente en países en vías de desarrollo, es un factor clave que hace realidad el dicho popular Nicaragüense: “Si de salud estás bien, el resto viene por añadidura”.

## Referencias

- Altamirano, B. 2014. “Los Avances Médicos de Cuba.” *El Nuevo Diario*, Nicaragua, 14 de agosto de 2014. <http://www.elnuevodiario.com.ni/opinion/327306-avances-medicos-de-cuba>. Acceso el 10 de octubre de 2014.
- . 2009. “Nicaragua: The Health System Nicaragua Needs Is Preventive Not Curative.” *Envío*, 341. <http://www.envio.org.ni/articulo/4113>. Acceso el 26 de septiembre de 2014.
- Arguello, Leonel. 2014. “Nicaragua: The Public Health System Needs to Opt for Prevention, Education and Quality.” *Envío*, 392. <http://www.envio.org.ni/articulo/4827>. Acceso el 26 de septiembre de 2014.
- Banco Centroamericano de Integración Económica. 2012. *Ficha Estadística de Nicaragua*. <http://www.bcie.org/uploaded/content/article/1249943988.pdf>. Acceso el 11 de diciembre de 2014.
- BM (Banco Mundial). 2015. “*Rural Population (% of total population)*.” World Development Indicators. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>. Acceso el 4 de abril de 2016.
- BCN (Banco Central Nacional). 2014. *Nicaragua en Cifras/Nicaragua in Figures 2014*. [http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua\\_cifras/nicaragua\\_cifras.pdf](http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua_cifras/nicaragua_cifras.pdf). Acceso el 22 de diciembre de 2015.
- Brandt, Allan. 2000. “Antagonism and Accommodation: Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century.” *American Journal of Public Health*, 90:707–715.
- Carrión, Gloria. 2016. *State-Society and Donor Relations: The Political Economy of Domestic Resource Mobilization in Nicaragua*. UNRISD Working Paper No. 2016–16. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- García, Lizbeth. 2014. “Millonaria Inversión en Hospitales.” *El Nuevo Diario*, 19 de septiembre. <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/managua/330284-millonaria-inversion-hospitales/>. Acceso el 07 de diciembre de 2015.
- IEEPP (Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas). 2009. *Inversión en Salud y Protección Social a la Niñez y Adolescencia 2005–2008*. Managua: IEEPP. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38901969>. Acceso el 15 de diciembre de 2015.
- Kim, Jim Yong., JV Millen, A. Irwin and J. Gershman. 2000. *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Monroe: Common Courage Press.
- Largaespada, M. 2013. “Mercado de seguros más sólido.” *El Nuevo Diario*, 6 de mayo de 2013. <http://www.elnuevodiario.com.ni/economia/285178>. Acceso el 15 de diciembre de 2014.
- Lewis, D., A.J. Bebbington, S. Batterbury, A. Shahi, E. Olson, S. Siddiqui, y S. Duvall. 2003. “Practice, Power and Meaning: Frameworks for Studying Organizational

Culture in Multi-Agency Rural Development Projects.” *Journal of International Development*, 15:541–557.

Leach, M., I. Scoones, y A. Stirling. 2010. *Dynamic Sustainabilities: Technology, Environment, Social Justice*. Londres: Earthscan.

Mahler, H. T. 1976. "Social Perspectives in Health: Address in Presenting His Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May," 1, Mahler Speeches/Lectures, Box 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Magnussen, L., Ehiri J., Jolly P. 2004. "Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy." *Health Affairs*, 23(3): 167–76.

Martel, E. 2009. "Financia Banco del ALBA Proyectos Sociales y Económicos." *La Voz del Sandinismo*, 30 de abril. <http://www.lavozdelsandinismo.com/economia/2009-04-30/financia-banco-del-alba-proyectos-sociales-y-economicos/>. Acceso el 16 de enero de 2015.

Mathauer I., E. Cavagnero, G. Vivas, G. Carrion, y A. Gomez. 2009. *Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y Propuestas para Mejorar y Fortalecerlo: Una Trayectoria hacia la Cobertura Universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

MINSA (Ministerio de la Salud). 2008. *Política Nacional de Salud*. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18995es/s18995es.pdf> . Acceso el 22 de diciembre de 2014.

Navas, L. 2013. "Seguros en Expansión." *La Prensa*, 29 de mayo de 2013. <http://www.laprensa.com.ni/2013/05/29/economia/148507-seguros-en-expansion>. Acceso el 15 de diciembre de 2014.

Pizarro, Ana. 2011 "Son Muchas las Asignaturas Pendientes en el Sistema de Salud." *Revista Envío*. <http://www.envio.org.ni/articulo/4425> Ana María Pizarro. Acceso el 28 de mayo de 2015.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *2000–2013, Global Health History*. USA: Unite For Sight. <http://www.uniteforsight.org/global-health-history/>. Acceso el 20 de septiembre de 2014.

PNI (Programa Nacional de Inmunizaciones). 2009. Plan Multianual 2009–2015. [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Nicaragua/plannmultianualpnial2015\\_1.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Nicaragua/plannmultianualpnial2015_1.pdf). Acceso el 20 de mayo de 2015.

Rodriguez, A. 2005. *La Reforma de Salud en Nicaragua*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Quirós Viquez, Ana. 2012. "El Derecho a la Salud en Nicaragua." *Colección Diálogo Social*, Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas (IEEPP).

Sidel, Victor. 1972. "The Barefoot Doctors of the People's Republic of China." *New England Journal of Medicine*, 286:1292–1300.

Torres, C. 2012. “Alba tras negocio de medicinas.” *La Prensa*, 2 de junio de 2012.  
<http://www.laprensa.com.ni/2012/06/02/ambito/103529-alba-negocio-medicinas>.  
Acceso el 28 de septiembre de 2014.

UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development). 2012. *The Politics of Domestic Resource Mobilization for Social Development*. Project Brief 1, July 2012. [www.unrisd.org/pb1](http://www.unrisd.org/pb1). Consultado el 10 de noviembre 2016.

Wade, Robert. 1990. *Governing the Market: Economic Theory and the Role of Government in East Asian Industrialization*. Princeton: Princeton University Press.

Walsh, J. y K. Warren. 1979. *Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*, *New England Journal of Medicine*, 301(18): 967–974.

Williamson, John. 2005. “The Washington Consensus as Policy Prescription for Development.” En *Development Challenges in the 1990s: Leading Policymakers Speak from Experience*, Editado por Timothy, B., y Z. Roberto. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Xu, Kea., Saksena, P. y Holly, A., 2011. “*The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis*”. Documento de Trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

## **Lista de entrevistas**

A. Quirós Víquez, enero 2015

L. Arguello, agosto 2014

H. Dávila, septiembre 2014

M. Largaespada, diciembre 2014

D. Téllez, agosto 2014

M.A. García, diciembre 2014

L. Castillo, mayo 2011

M.T. Blandón, mayo 2011

A. Fauné, mayo 2011

## **Anexo I : Proyectos ALBA para el sector salud en Nicaragua**

### **Operación Milagro**

La Operación Milagro es uno de los proyectos ALBA más conocidas entre la población. Surgió en 2004 por una iniciativa del líder de la Revolución Cubana, Fidel Castro, apoyada por Venezuela, y su objetivo es atender a personas de escasos recursos que están ciegas por causas curables. La Organización Mundial de la Salud considera que 80 por ciento del total de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

Más de dos millones 577 mil personas recuperaron o mejoraron su visión hasta Mayo 2014.<sup>21</sup> De ellos más de 95 mil son nicaragüenses.<sup>22</sup>

### **La Escuela de Medicina de las Américas**

Luego de un inicio prometedor de esta iniciativa, con 481 estudiantes que se han incorporado al sistema de salud de Nicaragua hasta el 2011, y hasta 880 jóvenes estudiando medicina en Cuba, este proyecto insignia ahora ha entrado en una etapa de complicaciones.

En 2007 inició el programa de formación de médicos nicaragüenses en Venezuela y, según las estadísticas de los estudiantes organizados en Venezuela, cincuenta estudiantes lograron graduarse como médicos. Pero entre 400 y 500 estudiantes en Venezuela vienen de regreso y serán reubicados aquí. El regreso de los estudiantes se da en medio de la crisis política y económica que atraviesa Venezuela, por la cual los estudiantes perdieron sus beneficios como becados (La Prensa 2014).

### **ALBA-MED/ALBA-FARMA**

Tiene como objetivo desarrollar e implementar un único sistema armonizado y centralizado para el registro sanitario de los medicamentos comercializados por la Empresa Gran nacional importadora, exportadora y distribuidora de medicamentos del ALBA.

La creación de ALBA-MED fue aprobada en la V Cumbre extraordinaria del ALBA, celebrada en Cumaná, Venezuela, y se completa con ALBA-FARMA, entidad creada para la distribución de los medicamentos. Al inicio ambos programas se servirán inicialmente de acompañamiento financiero en este caso del Banco del ALBA, pero luego tendrán su propia sostenibilidad económica.

La implementación exitosa de este programa a nivel de los diferentes países miembros del ALBA promete brindar oportunidades para reducir costos a través de economías de escala y la no duplicación de esfuerzos paralelos para el registro. En el caso de Nicaragua se estima que el valor anual de medicinas es de aproximadamente USD 212 millones, de los cuales el 36 por ciento es pagado por MINSA e INSS (a través de las clínicas previsionales).

---

<sup>21</sup> Reconocen beneficios de Operación Milagro en varios países”, RLP 26/05/14, "<http://www.rlp.com.ni/noticias/alba/163425/reconocen-beneficios-de-la-operacion-milagro-en-varios-paises>"

<sup>22</sup> Operación Milagro hace 638 cirugías en lo que va de año”, RLP 05/07/13, "<http://www.rlp.com.ni/noticias/general/144612/operacion-milagro-hace-638-cirugias-en-lo-que-va-de-ano>"