May 1999

14

CUENTAS NACIONALES DE SALUD: NICARAGUA

(SPANISH ONLY)

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN ..... **V**

1. INTRODUCCIÓN **1**

OBJETIVO 1

2. SECTOR SALUD **3**

2.1 CONTEXTO NACIONAL 3
2.2 CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR Y PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA REFORMA 3
2.3 SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA 7

3. LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD **11**

3.1 METODOLOGÍA GENERAL DE TRABAJO 11
3.2 DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LAS MATRICES 12
3.2.1 MATRIZ No. 1: Fuentes de financiamiento y su relación con los fondos o instituciones *12*
3.2.2 MATRIZ No. 2: Fondos/instituciones a prestadores de servicios de salud *14*
3.2.3 MATRIZ No.3: Prestadores de servicios a tipo de servicios/función *17*
3.2.4 MATRIZ No. 4: Fondos / instituciones a programa/ objeto de gasto *19*

4. ANÁLISIS Y USOS DE LOS RESULTADOS **21**

4.1 ANÁLISIS DE FINANCIAMIENTO 21
4.2 ANÁLISIS DE LOS FONDOS/INSTITUCIONES/AGENTES FINANCISTAS 23
4.3 ANÁLISIS POR TIPO DE SERVICIO 25
4.4 ANÁLISIS DE LOS FONDOS /INSTITUCIONES A FUNCIÓN/OBJETO DE GASTO 26

5. CONCLUSIONES **29**

6. RECOMENDACIONES **31**

7. BIBLIOGRAFÍA **33**

GLOSARIO **35**

ANEXO A: METODOLOGÍA Y FUENTE DE INFORMACIÓN **37**

ANEXO B: FLUJOS FINANCIEROS **47**

ANEXO C: CUADROS COMPLEMENTARIOS **49**

ANEXO D: INSTITUCIONALIZACIÓN Y CIFRAS PRELIMINARES DE LAS CUENTAS NACIONALES PARA 1996 ..... **65**

ANEXO E: INDICADORES ECONÓMICOS EN SALUD **67**

PRESENTACIÓN

En los últimos años, la mayoría de los países del mundo han venido asignando una proporción creciente de sus recursos económicos al financiamiento de los servicios de salud. Para América Latina y el Caribe como un todo esta proporción alcanza el 7,3% del PIB regional, correspondiendo a un gasto total de US$115.000 millones o US$240 por habitante. Mientras eso, los países de la OCDE dedican en promedio el 8,4% de su PIB a la atención de salud, equivalente a un gasto total de US$2.123.000 millones o US$2.500 per cápita. En cuanto el 41% del gasto en salud proviene del sector público y el 59% del sector privado en América Latina y el Caribe, en la OCDE estas proporciones alcanzan respectivamente 76% y 24%.[1]

Es bastante significativo el hecho de que los países estén dispuestos a dedicar semejantes parcelas de sus recursos para el cuidado de la salud de sus poblaciones. Ello demuestra que la salud va adquiriendo una prioridad creciente ante otras alternativas para asignar los recursos nacionales. Además, la distribución de este gasto entre los gobiernos y las sociedades también tiene un significado especial, en la medida que el gasto público en salud tiende a ser más equitativo pero podría ser menos eficiente que el gasto privado. Por otra parte, ambos tipos de gastos pueden producir diferentes impactos sobre la situación de salud, dependiendo de los servicios específicos que financien para enfrentar los problemas del sector.

Para que tenga éxito, cualquier política de salud necesita de un nivel razonable de financiamiento de acuerdo a la capacidad económica nacional, que sea distribuído con equidad, manejado con eficiencia y asignado con eficacia. Para ello es necesario movilizar recursos para salud de los diversos grupos sociales, según la respectiva capacidad de aportación, a través de diferentes mecanismos - como impuestos, seguros y pagos directos de empresas y hogares. Dichos recursos se asignan al financiamiento de servicios de varios niveles de atención, buscando alcanzar el mayor impacto posible sobre los problemas prioritarios de salud. Asímismo ellos deben ser prestados por una mezcla de entidades públicas, privadas y comunitarias, que asegure la mayor eficiencia posible en la gestión sectorial. Igualmente se requiere garantizar que los servicios se distribuyan de manera a beneficiar con prioridad a los grupos sociales más vulnerables.

El monitoreo de estas cantidades y flujos es fundamental para una adecuada condución política y una gestión transparente del sector salud. En primer lugar lo necesita el gobierno, para cumplir adecuadamente sus funciones de concertación política, regulación sectorial, financiamiento y produción de servicios. También lo necesita la comunidad, como actor político en defensa de su salud, como consumidor exigente de la atención prestada por entes públicos y privados y hasta como prestador de algunas de esas atenciones. Por último lo necesita el sector privado, como prestador de servicios de salud a la comunidad, tanto directamente como a través de programas gubernamentales.

Pese a su relevancia, el conocimiento sobre el financiamiento del sector salud es aún muy reducido en América Latina y el Caribe, limitando la capacidad de los gobiernos, las comunidades y las entidades del sector privado para cumplir adecuadamente las respectivas responsabilidades de regular, administrar o financiar el sector salud. A consecuencia de ello, los servicios de salud en la región son menos equitativos, eficientes y eficaces de lo que podrían ser, si acaso los recursos hoy día asignados al sector salud tuviesen una mejor gestión económico-financiera que la actualmente observada.

Con el propósito de contribuir para superar esa y otras limitaciones del sector salud en la región, se ha generado el proyecto "Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud", a través de una iniciativa conjunta de la OPS/OMS, la USAID, la Universidad de Harvard y Abt Associates. Entre los componentes de este proyecto se encuentra el apoyo a la

[1] OPS/OMS, Salud en las Américas, 1998.

estimación de las llamadas Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que se acaba de realizar por primera vez en Nicaragua y siete otros países latinoamericanos.

Las CNS son un instrumento que permite estimar, de una forma estandarizada e internacionalmente comparable, el gasto nacional en salud y su peso en la economía nacional. Además, con las CNS se puede determinar el peso de las diferentes fuentes públicas y privadas en el financiamiento sectorial, así como la distribución de este último entre los diferentes prestadores y tipos de servicios. La estimación y la revisión de los resultados de las CNS exigen el diálogo y la cooperación entre autoridades y expertos de salud, finanzas, seguridad social, universidades y entidades privadas, algo que ayuda a lograr una amplia concertación política en favor de una mayor racionalidad en la asignación y utilización de recursos del sector salud.

En se tratando de un ejercicio pionero, la estimación de las CNS de Nicaragua demuestra que es posible contar con este poderoso instrumento para la política y la gestión del sector. Al mismo tiempo el ejercicio ha aclarado muchos aspectos menos conocidos del gasto y financiamento nacional de salud, contribuyendo de forma sustantiva para perfeccionar las políticas de reforma sectorial en curso en el país.

Ha sido un privilegio el haber participado con los colegas del equipo nicaraguense, Juan Herrera, William Rivas, Adilia Gadea, Noel Romero, Luis Bolaños, Maritza Cáceres, Fernando Campos, José Ramón Zamora y Nildha Villacres, representando a los Ministerios de Salud, Defensa, Finanzas y Gobernación, al Instituto Nicaraguense de Seguridad Social y al Banco Central, en la estimación de las CNS. Esperamos poder seguir cooperando con ellos y las autoridades de Nicaragua para asegurar la sustentabilidad a mediano plazo de esta iniciativa, en búsqueda de una salud mejor y más equitativa para el pueblo nicaraguense.

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la reforma del sector salud, el análisis del financiamiento y gasto en salud constituye uno de los ejes fundamentales de las Cuentas Nacionales de Salud para analizar la factibilidad económica, los efectos distributivos, la conveniencia política e incluso las implicaciones normativas de los programas de atención médica. Estos programas son guiados por los planes nacionales de salud y por las políticas sectoriales que el Estado coordina para satisfacer las necesidades de la población con presupuesto restrictivo.

Sin lugar a duda, cualquier país que inicie un proceso de reforma debe tener acceso a información sobre Cuentas Nacionales de Salud, es decir, información sobre la provisión del financiamiento, administración de los fondos y distribución del gasto por programa, objeto del gasto, etc. Esta información permite la obtención de mayor y mejor elementos técnicos para el análisis, de tal manera que ayuden en la toma de decisiones para la planificación de recursos, nuevos modelos y estrategias de atención, etc.

En 1997, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Proyecto de Reforma del Sector (PHR), promovieron una iniciativa regional sobre Cuentas Nacionales de Salud dada la relevancia de estudios encaminados al conocimiento de la economía en el sector salud, en el cual Nicaragua fue seleccionada a formar parte. El presente documento es la culminación de la investigación sobre Cuentas Nacionales de Salud en Nicaragua en los años 1995 y 1996. A pesar que en el país han existido otros esfuerzos para conocer el financiamiento y gasto en salud, se considera el presente como el primer estudio que logra involucrar a las principales instituciones del estado que financian, regulan y prestan servicios de salud.

El documento se estructura en siete grandes partes: I) introducción, donde se explica brevemente el propio documento; II) sector salud, donde se dan a conocer las principales características e indicadores económico sociales del país y específicamente del sector salud; III) cuentas nacionales de salud, que hace referencia a la metodología utilizada para la investigación, recopilación, procesamiento y presentación de los principales resultado; IV) análisis y usos de los resultados que muestra para lo que pueden servir los resultados; V) conclusiones, que trata sobre cómo se encuentra el financiamiento y gasto en el país; VI) recomendaciones, anota las proyecciones futuras; y VII) los anexos, donde se presentan en detalle la metodología que se utilizó durante todo el proceso, también se encuentran las matrices de trabajo y un resumen característico de las principales instituciones de salud que existen en el país.

Es importante señalar que todavía queda mucho camino por andar, aunque se presenta el informe final, se considera que el trabajo está comenzando, especialmente si tomamos en consideración las múltiples limitaciones y dificultades que se han encontrado durante la elaboración del presente documento y del trabajo en su conjunto.

OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es desarrollar e integrar un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en Nicaragua, que permita valorar integralmente el financiamiento y el gasto en salud para integrase al Sistema de Información del Ministerio de Salud como institución rectora del sector en Nicaragua.

2. SECTOR SALUD

2.1 CONTEXTO NACIONAL

Nicaragua es un país ubicado en el área centroamericana, con una extensión territorial de 130.244 Km². La división político administrativa divide al país en 15 departamentos, dos regiones autónomas y 149 municipios. La población estimada para 1996 es de 4,4 millones de habitantes,[2] de los cuales el 54,4% se encuentra ubicado en áreas urbanas y el 45,6% en áreas rurales. El país está organizado en cinco grandes regiones: Pacífico, Atlántico, Centro, Norte y Sur. La región del Pacífico concentra el 62,2% de la población total y dentro de ésta, Managua la capital, concentra el 27% de la población total.

Es el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe, con un ingreso per cápita estimado de US$ 556,00[3] anuales. La distribución de la renta es muy desigual y la pobreza está muy extendida, **siendo las áreas urbanas las más deprimidas**. El comportamiento del producto interno bruto (PIB) hasta 1993, mostraba un escenario de estancamiento recesivo de la economía. Sin embargo, a partir de 1994, el país ha mostrado una tendencia a mejorar la situación.

Para las personas que viven en pobreza, los gastos en alimentación, vivienda y salud constituyen el 80% de sus gastos totales, contra el 65% de los que no son pobres. Los niveles de analfabetismo son altos en la población mayor de 10 años (26%) y están directamente relacionados con la pobreza y la ubicación rural. Al aplicar el método de línea de pobreza, se revela que el 26,7% de la población no son pobres; el 23% son pobres y el 50,3% son pobres extremos. **En las áreas rurales la pobreza crónica alcanza el 85,3% de los hogares, el mayor porcentaje de no pobres (29,3%) se localizan en Managua.**[4] Esta situación afecta los niveles de salud y de productividad necesarios para garantizar el desarrollo económico del país.

A nivel nacional, el 48,3% de los hogares tienen una alta dependencia económica. En el nivel urbano el 57,4% de la población económicamente activa tienen trabajo pleno, mientras que el 42,6% están en desempleo abierto y encubierto. El 73,7% de los ocupados percibieron ingresos inferiores a mil córdobas mensuales (aproximadamente cien dólares), con los cuales no se logra cubrir la canasta básica de 53 artículos.[5]

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR Y PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA REFORMA

Situación de salud

Nicaragua, a pesar de ser un país geográficamente pequeño, cuenta con una diversidad ecológica, social y cultural poco común, a esto se le suman circunstancias históricas como: conflictos bélicos, políticos, migraciones internas y externas, lo que ha dado como resultado cambios importantes en los indicadores económicos, sociales, demográficos y de

---

2 Censo Nacional 1995. Instituto Nicaragüense de Estadística y Censo (INEC)

3 Banco Central de Nicaragua. Indicadores Económicos, octubre, 1997.

4 Estudio de Demanda. MSH / MINSA. 1995

5 Encuesta de Hogares. Ministerio de Trabajo. 1993

salud. Lo anterior se traduce en una situación epidemiológica de transición, que combina el perfil propio de un país desarrollado (tumores, enfermedades cardiovasculares etc.), con un perfil de país en desarrollo (enfermedades infecto contagiosas).

Como se menciona anteriormente, dicha situación es producto de las características económicas, estilos de vida poco saludable y una población relativamente joven, donde se combinan además problemas sociales, económicos y culturales.

Los principales indicadores de salud, muestran una tendencia constante hacia la mejoría, como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Indicadores de Salud

Indicadores	**1980-1985**	**1985-1990**	**1990-1995**
Mortalidad General (por mil)	9,7	7,9	6,6
Esperanza de vida	59,8	63,3	66,2
Mortalidad Infantil (por mil N.V.)	76,4	61,7	58,2
Mortalidad Materna			
(por cien mil N.V)	N/D	N/D	110

Fuente: INEC/CELADE Indicadores Básicos 1997. MINSA. Nicaragua.

A pesar de las reducciones en los valores de los indicadores de daño que se pueden apreciar en el cuadro, los mismos continúan siendo elevados, sobre todo la mortalidad infantil y materna, exhibiendo las tasa más alta de la subregión centroamericana.

Las tasas de mortalidad infantil y materna son indicadores que reflejan la desventajosa condición social de las mujeres, la morbilidad subyacente, y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, y las condiciones de educación, vivienda y alimentación.

En relación a las principales patologías que afectan a la población se puede mencionar lo siguiente:

El comportamiento de las enfermedades infecciosas muestra una notable mejoría, especialmente con las enfermedades inmunoprevenibles; **en 1994, Nicaragua logra la certificación de la erradicación de la poliomielitis.** En 1990 se registró la mayor epidemia de sarampión, lográndose en los siguientes años controlarla a través de acciones sistemáticas, hasta conseguir que no se presentara ningún caso en los últimos tres años. También se ha logrado controlar la tos ferina y tétano neonatal.[6]

Los problemas de salud más importantes que todavía se manifiestan en la población son: diarreas infecciosas, incluido el cólera, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, malaria, dengue y enfermedades de transmisión sexual. El SIDA, pese a que registra una tasa relativamente baja en comparación a los demás países centroamericanos (18 por diez mil habitantes), es un problema potencial de cuidado, ya que se estima que por cada caso reportado existen de 50 a 100 sin reportar.[7]

El 80% de los años de vida perdida por muerte prematura se concentra en los grupos de 0 a 4 años edad, y es resultado de patologías del grupo I (enfermedades transmisibles, de nutrición y reproducción). También se identifican los problemas del grupo III (lesiones y accidentes) como un importante problema de salud pública, ya que son la principal causa de años de vida perdida en los hombres entre 15 y 44 años.[8]

Sistema de provisión de servicios públicos y privados

Al interior del sector salud se estructuran dos subsectores:

Subsector público: comprende el Ministerio de Salud (MINSA), Seguridad Social (INSS), Servicios de Salud de los Ministerio de Gobernación (MIGOB) y Defensa (MIDEF), cuyas funciones se centran en la financiación, regulación y prestación de servicios de salud, estas instituciones conforman el grupo gubernamental sustantivo (ver anexo A).

Existen además, dentro del sector gubernamental otros ministerios[9] y entes autónomos[10] que tienen diferentes misiones institucionales, pero que financian en base a su presupuesto, servicios de salud adicionales a sus trabajadores, además de las prestaciones de salud de la seguridad social.

Subsector privado: comprende los organismos e instituciones con y sin fines de lucro que prestan servicios de salud basados en libre demanda y con tarifas definidas en cada uno de ellos, su relación con el MINSA ha sido mínima, limitándose en la mayoría de los casos, a la autorización legal para operar. Es importante señalar que los organismos no gubernamentales apoyan y se integran a las acciones realizadas por el MINSA en la prestación de servicios de salud.

---

6 Política de salud 1997-2002.

7 Política de salud 1997-2002.

8 Años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVPT).

9 Ministerio de Agricultura y Ministerio de Cooperación Externa.

10 Empresa Nicaragüense de Energía, Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Empresa de Comunicaciones.

Oferta y demanda de servicios

El MINSA es el principal proveedor de servicios de salud, estimándose la capacidad de cobertura en un 85% del total de la población del país. Se estima que el sector privado cubre el 4,5% y el seguro social a través de su sistema previsional de servicios de salud cubre el 6%, los otros prestadores cubren el 4,5%, específicamente los servicios de salud del Ministerio de Gobernación y Ejército de Nicaragua.

El MINSA dispone de 883 unidades de salud en el primer nivel, con una cobertura potencial del 75% de la población. Cuenta con 31 unidades hospitalarias (26 agudos y cuatro crónicos), 3.930 camas en agudos y 407 de crónicos, que proporciona un indicador de 968 habitantes/cama[11] y un índice ocupacional de 73,19% para 1995.

En cuanto a la disponibilidad de recursos humanos,[12] el indicador médico es 7,4 por 10000 habitantes, concentrándose este recurso principalmente en la zona urbana. La relación médico/enfermera en 1995 fue de 0,38, en tanto la relación auxiliares de enfermería por médico fue 1,66.

A pesar que el MINSA enfatiza en su política el uso racional y bajo costo, estableciendo estratégicamente la dispensarización de los medicamentos para salud materna, niñez, tuberculosis, malaria, dengue y enfermedades de transmisión sexual, estos medicamentos no siempre están disponibles en las unidades de la red de servicios.

Estudios realizados por el Banco Mundial en 1995 indican que la disponibilidad de medicamentos oscila entre 60 y 70%; el gasto por medicamentos es alrededor de US$ 3 por niña/o de 0-5 años y de US$ 6,5 después de los 6 años. Así mismo, la automedicación y el uso irracional de productos farmacéuticos no son controlados.

La cobertura de los servicios del MINSA, tiene para 1995 un indicador de 1,2 consulta por habitante, con una tendencia a la reducción si se considera que en los períodos anteriores el indicador era de 2. La proporción de consultas en el primer nivel es de 75%; el centro de salud es el establecimiento más utilizado para la atención curativa ambulatoria (53%).

En 1992 la seguridad social retoma el componente de salud a través de una cobertura progresiva, basada en un modelo de atención previsional, con fondos provenientes de las cotizaciones (Estado, empleadores y empleados), con los cuales compra servicios de salud definidos (paquete de atención) a prestadores públicos y privados (32 empresas médicas previsionales (EMPs). Paulatinamente este subsistema ha permitido ampliar el listado de prestaciones básicas y cobertura al grupo familiar (cónyuge e hijos hasta 6 años de edad), cubriendo actualmente 290.000 familiares a nivel nacional.

La canasta básica de servicios de salud que oferta la seguridad social no incluye patologías con cierto grado de complejidad y que ameritan el uso de una mayor capacidad resolutiva, las que son atendidas por unidades asistenciales del MINSA sin costo adicional para la seguridad social.

En los últimos años, el subsistema privado ha venido registrando un creciente desarrollo, debido principalmente a los cambios económicos habidos en el país, pasando de una economía cerrada hacia una economía mixta. Por otro lado, también ha influido el surgimiento del sistema previsional del INSS y la disminución en la calidad de atención en los servicios médicos del MINSA. Se estima que este subsistema cubre al 4,5% de la población. Cuenta con una infraestructura de siete hospitales con 240 camas disponibles, un número hasta la fecha no cuantificado de clínicas que brindan atención ambulatoria y de hospitalizados (consultorios médicos, odontológicos, policlínicos, empresas médicas,

[11] Información básica de la Red de Servicios de Salud. MINSA. 1995.

[12] Idem al anterior.

etc.); 985 farmacias a nivel nacional y un número no identificado de laboratorios; cuenta también con diferentes empresas proveedoras e importadoras de la Industria farmacéutica e insumos médicos.

Principales desafíos del sector

En la actualidad, los principales problemas que enfrenta la reforma del sector salud se sitúan en:

- Dar respuesta a las características epidemiológicas de la demanda a través de intervenciones altamente costo/efectivas.

- La organización de las funciones del sector salud y sus instituciones, con un reforzamiento del rol rector y regulador del MINSA, en consenso con las otras instituciones públicas, privadas y la sociedad civil, que implica la modernización del sector salud.

- La consolidación del marco legal y regulatorio en relación a: sistema nacional de salud, ley orgánica del MINSA, seguridad social, medicamentos y farmacias; así como los reglamentos de alimentos, sustancias tóxicas y peligrosas, radiaciones, ejercicio profesional y carrera administrativa y sanitaria

- El fortalecimiento del MINSA: enfatizar un modelo basado en la promoción y prevención, con capacidad de restablecerla y rehabilitarla con un enfoque integral y humanizado, lo que obliga a un proceso de reorganización y cambio de objetivos y estrategias generales de la institución, así como de las estructuras, funciones, actividades, y coordinación horizontal y vertical.

- El fortalecimiento de la atención hospitalaria: se orienta a la promoción de la autonomía hospitalaria, privilegio de la atención a pacientes en régimen ambulatorio, mejoramiento de la infraestructura y equipo, integración de los niveles de atención, incorporación de los profesionales a la gestión hospitalaria, información a la población, organización de la oferta para satisfacción del usuario y creación de un sistema de atención médica de urgencias hospitalarias.

- La reforma de la seguridad social: se pretende una reforma integral en cuanto al régimen de pensiones, cobertura (incorporación del sector informal, personal domestico, seguro familiar y traslado de los asegurados de IVM al régimen integral) y de financiamiento y regulación de la prestación de atención de salud y riesgos profesionales.

2.3 SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA

La estructura organizativa del sector salud se desagrega en tres instancias de análisis definidas por los principales agentes involucrados en el financiamiento de los servicios de salud (fuentes, fondos y prestadores de servicios). El gráfico siguiente presenta los flujos de financiamiento entre los actores que participan en el sector salud de Nicaragua.

Fuentes: Las instancias primarias que proveen a la sociedad de los recursos económicos son las fuentes de financiamiento. Los principales actores se pueden clasificar de acuerdo al origen de los recursos en internos y externos. Las fuentes internas son el gobierno, las empresas (en el gráfico aparecen como empleadores) y los hogares. En tanto, como fuente externa está la cooperación externa que se refiere a créditos y donaciones de agencias multilaterales y bilaterales.

Fondos: Los fondos de financiamiento son los receptores de los flujos económicos provenientes de las fuentes de financiamiento. Se encargan de administrar los recursos y comprar los servicios médicos. En Nicaragua se identifican tres agentes financieros que se encargan de desarrollar dicha función: 1) Fondos para no asegurados que incluye la gestión del Ministerio de Salud (MINSA), otras instituciones del estado que tienen como preocupación contribuir en el estado de salud óptimo de su fuerza laboral por tener la responsabilidad de garantizar la seguridad del país (Ministerio de

Gobernación y Ministerio de Defensa) y algunos entes autónomos que operan con amplias planillas, y que entre sus beneficios laborales incluyen una canasta de servicios de salud (Ministerio de Agricultura y Ganadería, Banco Central de Nicaragua, Instituto Nicaragüenses de Acueductos y Alcantarillados, Empresa Nicaragüense de Energía, entre otros); 2) Fondos de seguridad social, que recibe la cuota obrero patronal y el aporte del Estado para cubrir el seguro de enfermedad maternidad; 3) Fondos privados, que están constituidos por el manejo de los recursos de los organismos no gubernamentales y la disponibilidad de los hogares para financiarse las necesidades de salud de manera directa.

Prestadores de servicios: Participan como prestadores de servicios el sistema de asistencia pública (MINSA, Ministerio de Gobernación y Ministerio de Defensa) y el sector privado (incluye clínicas, hospitales y consultorios particulares).

Por condiciones estructurales el INSS no tiene instalaciones de servicios, dado que los mismos fueron traspasados al MINSA en los años ochenta cuando se instauró el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). Producto de la reforma de la seguridad social, retomó a inicios del decenio de 1990 la potestad de otorgar las prestaciones de enfermedad-maternidad, por lo que retomando la oferta existente, procedió a contratar a oferentes del sector público y privado. El resultado es la separación absoluta de las funciones de financiamiento y prestación.

Flujos Financieros en el Sitema de Salud de Nicaragua

3. LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD

3.1 METODOLOGÍA GENERAL DE TRABAJO

En Nicaragua, como en casi todos los países latinoamericanos, la marcada dificultad que se encuentra al comenzar la sistematización de las cuentas nacionales en salud, es la definición de los límites del campo de la salud, específicamente en cuanto a determinar las fronteras entre lo que es sanitario y lo que no lo es. En ese orden, las acciones heterogéneas que a nivel de gobierno se realizan para ésta área, conllevan a incrementar sustancialmente el establecimiento de tal definición.

Dada tal circunstancia y a efectos de compatibilizar los resultados, se han tomado como referencia las clasificaciones internacionalmente aceptadas, y se ha relacionado el concepto de salud/enfermedad integral y la respuesta social a su problemática. **La respuesta social a través de servicios de salud (promoción - prevención, recuperación - curación y, rehabilitación) tanto del sector gubernamental como privado, en donde se ha centrado el estudio de Cuentas Nacionales de Salud**. Otro tipo de respuesta (medio ambiente y recursos serán incorporados progresivamente, en la medida que se consolide el Sistema de CNS en el país.

Para el desarrollo de este proyecto, se integró una Comisión Nacional de expertos, presidida por el Ministerio de Salud, la Seguridad Social, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, Ministerio de Finanzas, y Banco Central por sus características y vínculos con el sector salud nacional. Debido a que el interés fundamental es aprovechar este proyecto para crear y consolidar capacidades nacionales para institucionalizar las CNS a nivel **sectorial e institucional** que permitan sea un instrumento real en la definición de políticas e intervenciones de la reforma en salud.

Una vez formalizada la comisión, la primera tarea fue la socialización de la metodología propuesta por el proyecto, luego se procedió a la identificación de las instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas, que fueron identificadas como las fuentes de información básicas, así como el tipo de datos disponibles en cada una de estas instituciones. Los resultados indicaron una marcada heterogeneidad de las mismas, en cuanto a la forma de registros estadísticos, a cambios en la estructura de grupos presupuestarios y renglones, por lo que se inicia una fase de estandarización de la información utilizando una matriz de variables y subvariables para que garantice la validez, confiabilidad y coherencia para su integración en el estudio.

El período definido fue 1995-1996, a partir de este momento se da inicio a la recopilación de la información sobre fuentes, fondos, prestadores de servicios de salud y destinos del financiamiento (tipo de servicio, objeto de gasto) en instituciones gubernamentales (sustantivas, entes autónomos y otros ministerios) y privada.

La información del subsector público, una vez recopilada, fue sometida a un análisis cualitativo y cuantitativo de tratamiento de cifras (recopilación, procesamiento, análisis y resumen) que tomaron como año base de referencia la estructura de grupos y renglones presupuestarios del año 97 para que permitiera la continuidad futura de la recopilación de esta información y la integración de los resultados que se presentan.

La información del subsector privado se analizó a través del gasto de los hogares, para este estudio se tomó exclusivamente el gasto que realizan los hogares o individuos debido a que la información de empresas privadas y ONGs amerita un estudio adicional, y los recursos (tiempo y financieros) no permitían la obtención de esta información. Este tipo de gasto privado se relaciona al gasto que diversas empresas privadas realizan sobre la masa de sus trabajadores, además de lo destinado al fondo de seguridad social, y al gasto de ONGs (Cruz Roja, proyectos de ayuda, donaciones a diversos organismos o instituciones, etc.) que en Nicaragua desde 1990 ha evidenciado un importante crecimiento, debido a que la

obtención de esta información requería un estudio adicional. El último estudio realizado estima que su gasto oscila entre un 4,9% y un 5,2%.[13]

El gasto de los hogares por compra de servicios de salud y/o farmacia se estimó a partir de la Encuesta del Nivel de Vida (ENV) realizada en 1993 (MAS/PNUD/UNICEF) y la encuesta de demanda de servicios de salud realizada en 1995 (BID/MSH), de las cuales se extrajo el nivel de gasto de los hogares en salud y su representación dentro del producto interno bruto (PIB) de 1993, luego este factor se aplicó al PIB nacional de los años 1994, 1995 y 1996 obteniéndose el gasto de los hogares para esos años y se resta el total de los fondos de recuperación tanto del MINSA, gobernación y ejército.

Es importante referir, que a éste factor no se le adicionó una variación por incremento o decremento, puesto que los indicadores económicos nacionales muestran que de 1993 a 1996 no hubo variaciones significativas en cuanto a ingresos per cápita ni variación en los índices de desempleo. Por otra parte la encuesta de demanda en 1995 muestra proporciones similares a la ENV de 1993, por lo que reforzó el criterio de una ponderación lineal.

La información recolectada se procesó a través de matrices, utilizando como unidad de medida la moneda nacional en córdobas corrientes, córdobas constantes y términos relativos. Para el caso de convertir las cifras a moneda constante se utilizó el deflactor del PIB del año 1980, ya que el deflactor con base 1994 aún no se ha oficializado. Para la información de gasto por tipo de servicios que no se encontraba disponible en ninguna de las instituciones públicas se procedió a una revisión de la serie histórica de gasto desde el 1990 a 1996, así como la producción de servicios de salud en esos años clasificada por curación prevención en estas instituciones, luego, se procedió a realizar una estimación que se validó con criterios de expertos de cada institución. También se procedió a hacer un análisis de validez en el que se utilizó la técnica de triangulación de fuentes de información y de datos, comparando la información obtenida en las instituciones con la disponible en el ministerio de finanzas y cooperación externa.

Esta fase de recopilación y procesamiento de la información permitió identificar los problemas que se tendrían como sector y en cada institución para institucionalizar la CNS, así como la necesidad de homogenización de las variables, tanto las de estructura programática presupuestaria como las de producción de servicios para que permitan una mayor desagregación y profundidad en el análisis, sobre todo en la valoración de los recursos asignados a las prioridades del país, ya sea a funciones como la promoción y prevención o, a grupos vulnerables y territorios. En cuanto al análisis de los datos de gasto privado, uno de los elementos no disponible fue su estimación por territorio.

3.2 DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LAS MATRICES

3.2.1 MATRIZ No. 1: Fuentes de financiamiento y su relación con los fondos o instituciones

Esta matriz identifica los agentes financistas y la canalización de sus recursos hacia los diferentes fondos o instituciones administradoras del sector salud, y responde a la interrogante **de la cantidad de recursos financieros que las fuentes colocan en los mismos.**

El origen de las fuentes de financiamiento es una mezcla tripartista, entre: sector público, privado y cooperación externa.

1) Fuentes públicas

[13] Estudio de Demanda. FUNSALUD.

- Gobierno central (MIFIN, otros ministerios)
- Empresas públicas financieras y no financieras

2) Fuentes privadas

- Empresas privadas financieras y no financieras
- Hogares

3) Cooperación externa

- Donaciones (bilaterales y multilaterales)
- Prestamos (bilaterales)

Los fondos se clasifican en públicos y privados, dentro de los cuales figuran:

a) Públicos

Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), Ministerio de Defensa (MIDEF), Ministerio de Gobernación (MIGOB), otros ministerios y entes autónomos.

b) Privados

Empresas, privadas y hogares

Los resultados obtenidos, sobre fuentes de financiamiento, según sectores fueron los siguientes:

Los principales agentes financistas son el sector público y el privado; en ese sentido, el sector privado en 1995 ocupó el primer lugar con 41,3%, seguido del sector público con 37,4%. Esta relación se invirtió en 1996 al ocupar el sector público el primer lugar con 41,5%, y el sector privado el segundo lugar con un 40,8%. La cooperación externa, por su parte, financió en 1995 el 21,3% disminuyendo su participación en 1996 en un 3,6%.

En cuanto a las fuentes de financiamiento, éstas presentaron porcentualmente el siguiente comportamiento:

Fuentes de Financiamiento del Sector Salud 1995-1996

SECTOR	1995	1996
PÚBLICO	38,4	41,5
Gobierno central	32,8	36,2
Empresas públicas	4,6	4,3
PRIVADO	41,3	40,8
Empresas privadas	4,8	4,9
Hogares	36,5	35,9
COOPERACION EXTERNA	21,3	17,7
Prestamos	10,4	11,8
Donaciones	9,9	5,9
TOTAL	100	100

Fuente: original

Al desagregar las fuentes de financiamiento por nivel de participación en el sector, en 1995 los hogares representaron la mayor aportación (36,5%), seguido del gobierno central a través de sus asignaciones presupuestarias vía ministerio de finanzas (32,8%). En 1996 el gobierno central incrementó su participación como agente financista equiparándose con los hogares en un 36%.

La cooperación externa en su conjunto, se vio levemente disminuida en 1996 respecto a 1995. No obstante, a lo interno de la misma, los prestamos se incrementaron en 13,4% y las donaciones disminuyeron sustancialmente en un 40%.

El promedio porcentual del financiamiento que las fuentes destinaron a los fondos, tuvo el siguiente comportamiento:

Fondos – Fuentes de Financiamiento

Fondos	Fuentes de Financiamiento		
	Públicos	**Privados**	**Coop. Externa**
MINSA	32,0	3,8	18,9
INSS	5,2	5,3	0,0
Privado	1,7	31,8	0,0
Otros públicos	0,0	0,1	0,1

Fuente: Original

Como se puede observar, el mayor aporte de las fuentes de financiamiento públicas y cooperación externa están ubicadas en el MINSA, en cambio las fuentes privadas lo destinaron a los fondos privados [servicios de salud privados (hogares)].

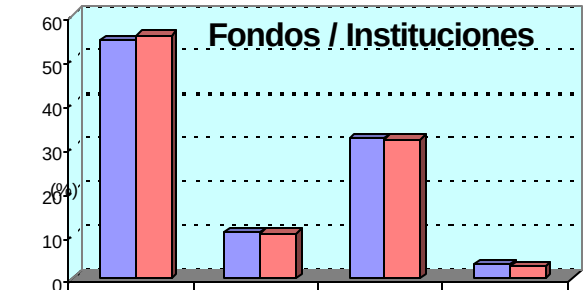
3.2.2 MATRIZ No. 2: Fondos/instituciones a prestadores de servicios de salud

Esta matriz identifica el destino de los recursos que los fondos/instituciones (agentes financistas) transfieren a los diferentes prestadores de servicios del sector salud. Lo que constituye el segundo nivel de análisis y **responde a la cuantificación de la magnitud de los recursos colocados en los prestadores de servicios de salud,** detallando la asignación de recursos por establecimientos según institución y complejidad: primer nivel (centros de salud, puestos de salud, clínicas), segundo nivel (hospitales, policlínicas y centros de referencia nacional) y farmacias, en este sentido se analiza:

- Asignaciones de recursos de los fondos/instituciones hacia los prestadores.
- Identificación de la asignación de recursos por prestadores de servicios de salud por institución y nivel de complejidad,
- Identificación de las características de Mixto (Público/privado) en la prestación de servicios de salud.

Asignación de recursos de los fondos:

Se identificaron tres principales agentes financistas (fondos/instituciones) los que en conjunto asignaron en 1995 y 1996 alrededor de 96,5% de los recursos, lo que se observa en el gráfico siguiente:



	MINSA	INSS	Hogares	Otros
1995	54.3	10.5	32	3.2
1996	55.3	10.3	31.6	2.8

En el contexto de los fondos se logra definir que en1995 el sector público (MINSA, INSS y otros) administró el 68% del total de recursos originados o remitidos por las fuentes de financiamiento y en 1996 el mismo se incremento muy levemente en 0,4%, lo que deja entrever que la estructura del financiamiento al sector no varía de forma mínima y ni siquiera significativa. Los hogares que administran directamente sus propios recursos, a través del gasto directo que hacen a los prestadores, tienen una variación de –0,59% en los dos años.

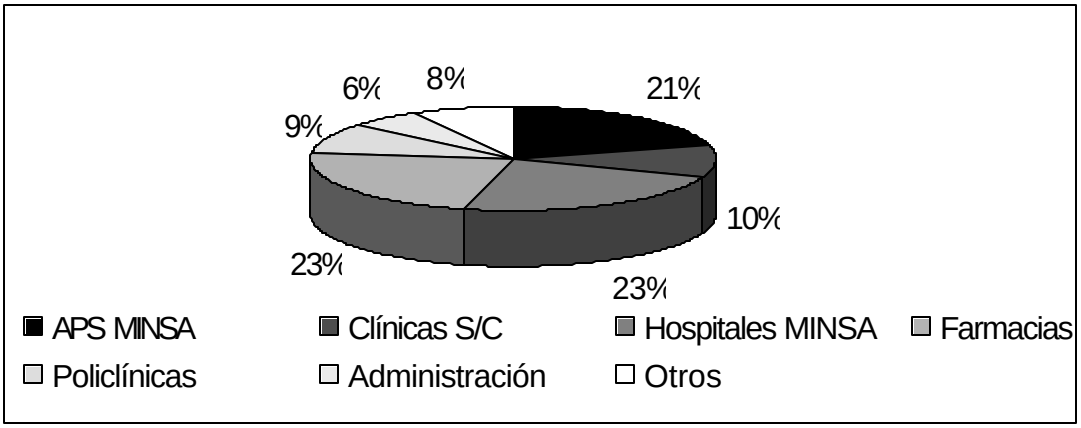
Asignación de recursos hacia prestadores

Los principales prestadores de servicios son el MINSA, MIDEF y MIGOB a través de sus redes de servicios, y los privados que se clasificaron con fines de lucro (CFL) y sin fines de lucro (SFL) a través de clínicas y hospitales.

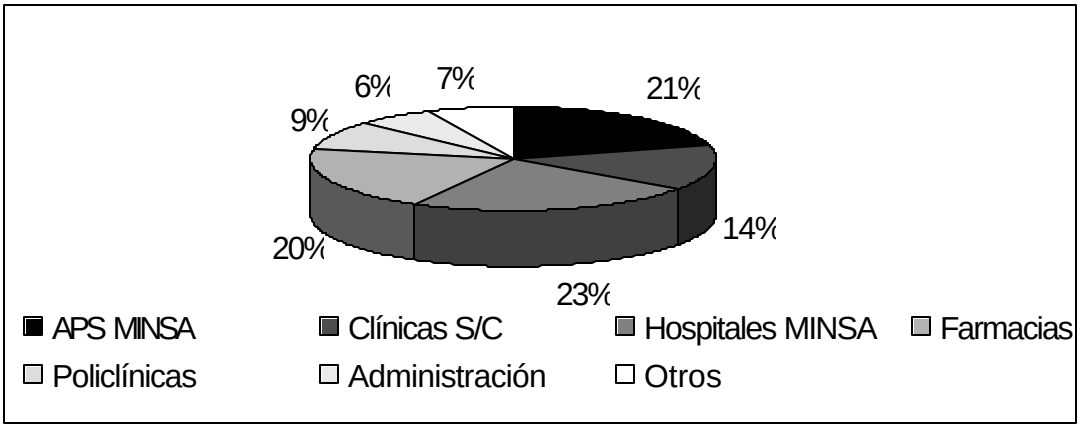
En cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud se comparó no solo el nivel de participación de cada sector (público y privado), sino también el comportamiento por año, a fin de analizar la tendencia participativa de cada uno de ellos, como se observa en los gráficos siguientes:

Para ilustrar esto último, el cuadro siguiente muestra un resumen del grado de asignaciones y/o participaciones en términos porcentuales de cada uno de los sectores.

Principales Prestadores - Año 1995



Principales Prestadores - Año 1996



Fondos – Prestadores

Sector	Fondos		Prestadores	
	1995	1996	1995	1996
Público	68	68,4	63,1	62,6
Privado	32	31,6	36,9	37,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Original CNS.

De forma detallada se resume que **los prestadores públicos** en sus redes de servicios de primer nivel gastaron un 21,3% del total del financiamiento, siendo el MINSA el que mayor recursos destinó en este campo (18,7%), en el segundo nivel se gastó 25,6%, en atención ambulatoria especializada y centros de referencia nacional un 10,6%.

El MINSA gasta un promedio 54,8% entre 1995 y 1996 del gasto total; si este porcentaje se compara con 83,81% en 1990,[14] se observa una disminución importante (29%) en el financiamiento para esta institución.

El MIGOB y el MIDEF gastan un promedio de 1% en los años analizados, si se compara con 1990 (2,5%) se registra una disminución de más de la mitad del gasto en salud.

En relación a los prestadores privados (hogares), su participación ha sido creciente a partir del decenio de 1990, registrando un gasto promedio en los años analizados de 10,2% en clínicas, 3,6% en hospitales y un 26,8% en farmacias.

Por último, hay que señalar que la distribución porcentual de los diferentes tipos de establecimientos en el marco de los prestadores privados, no pudo ser clasificada con más detalle sino solamente por clínicas y hospitales.

3.2.3 MATRIZ No.3: Prestadores de servicios a tipo de servicios/función

Esta matriz identifica y describe el gasto en salud de acuerdo a los tipos de servicios/función que se ejecutan en los diferentes prestadores de servicios.

Los tipos de servicios se clasifican de acuerdo a los principales componentes que se desarrollan en el sector, subdividiéndose de la siguiente manera: administrativos, promoción y prevención de la salud, curación, rehabilitación y docencia e investigación.

La ***administración*** se desagrega en dos niveles: nivel central y nivel local (departamentos), En el MINSA se refiere al gasto que realiza la administración en la coordinación de los SILAIS.

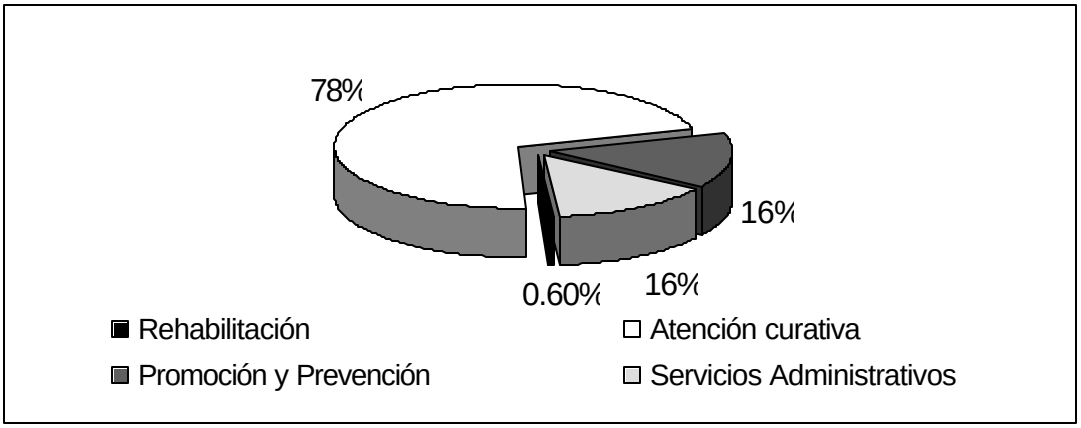
La ***curación*** se subdivide en dos componentes, que son: ambulatoria y hospitalaria. La ambulatoria, a su vez, se clasifica en general y especializada.

[14] Villacrés N, Cáceres M, Brooks E. Vasquez J. "Gasto Sanitario:1986-1990. Publicación CIES/AECI. 1991.

No se encontró registros contables específicos que permitan la valoración de los gastos en docencia e investigación, a pesar de que en las unidades de salud se ejecutan planes docentes y de investigación, y que las unidades de salud pública tienen un marco jurídico que les da un carácter docente, el gasto en este componente, a la fecha no ha podido ser definido, debido principalmente a que no se encuentra presupuestado como tal, y los recursos que se le asignan no se contabilizan desde el punto de servicio contablemente y están agregados principalmente a los gastos administrativos, lo que dificulta su análisis. Teóricamente, el gasto, sobre todo en docencia, ha sido alto porque ha acompañado los proceso de cambio al interior del sistema de salud público en las dos últimas décadas.

En general, en los años 1995 y 1996, no hubo mayor variación en el gasto de salud que corresponde por tipos de servicios. El primer lugar lo representan los programas destinados a la atención curativa con un promedio en ambos años de 78,2%, o sea que, poco más de las 3/4 partes del gasto en salud se destina a este tipo de servicios. El resto se distribuye en promoción y prevención de la salud, con un promedio de 15,5%, seguido de los servicios administrativos con 5,5%, encontrándose por último la atención en rehabilitación con apenas el 0,6%[15], lo que se observa en el siguiente gráfico.

Tipo de Servicio



La atención curativa, representa el principal componente del gasto, se desagrega de la siguiente manera:

Tipo de Atención Curativa

Tipo de Atención Curativa	1995	1996	Promedio
Atención Ambulatoria	53,40	54,60	54,00
General	28,40	28,50	28,45
Especializada	25,00	26,10	25,55
Atención Hospitalaria	46,60	45,40	46,00

Fuente: Original CNS.

[15] Es una actividad intrínseca a desarrollarse en los diferentes niveles, no esta diferenciado de las otras actividades. Para este estudio sólo se tomó la asignación presupuestaria del hospital de rehabilitación.

Internamente las variaciones que se observan son mínimas. La atención ambulatoria ocupa el primer lugar, y en ellas, la que corresponde a atención general es la de mayor gasto. Al gasto en atención hospitalaria, en relación al total de gasto del sector salud, le corresponde un 36,5% en 1995 y 35,4% en 1996.

3.2.4 MATRIZ No. 4: Fondos / instituciones a programa/ objeto de gasto

El análisis de la distribución de los fondos/instituciones por objeto del gasto (rubro económico o programa) considera cuatro grandes grupos presupuestarios: servicios personales (01), servicios no personales (02), materiales y suministros (03) y bienes de uso (04), estos grupos se subdividen en renglones. Para este estudio se ha hecho una desagregación en los grupos 3, y 4 por considerarlos renglones importantes en la atención de salud.

En relación al clasificador por objeto del gasto, es importante mencionar que los grupos presupuestarios que tuvieron mayor gasto en el sector salud, fueron: materiales y suministros en primer lugar, en segundo lugar servicios personales y en tercer lugar bienes de uso. Este comportamiento por grupos presupuestarios fue similar para 1995 y 1996.

Objeto de Gasto del Sector Salud
Distribución porcentual según grupo presupuestario, 1995-1996

Grupos Presupuestarios	1995	1996
(01) Servicios Personales	34,32	34,75
(02) Servicios No Personales	3,19	2,05
(03) Materiales y Suministros	42,54	35,44
(04) Bienes de Usos	19,95	27,76
Total	100	100

Fuente: original

A pesar de que estos grupos presupuestarios han mantenido la misma ubicación, su comportamiento entre un año y otro, registra variaciones esenciales como las que a continuación se observan en los grupos: materiales y suministros disminuyeron de 42,54% a 35,44%; servicios no personales de 3,19% a 2,05%. Sin embargo, el grupo bienes de uso tuvo un incremento 19,95% a 27,76% como resultado de los procesos de reforma al sector, lo cual es un reflejo del proceso de modernización desarrollado en el sector, en donde la sostenibilidad; eficiencia y eficacia son conceptos importantes a desarrollar

La relación del gasto por rubro económico en el sector público y privado muestra características y comportamientos diferentes como se observa en la siguiente tabla:

Objeto de Gasto por Subsectores del Sector Salud

Distribución porcentual según grupo presupuestario, 1995-1996

Grupos Presupuestarios	**Público**		**Privado**	
	1995	**1996**	**1995**	**1996**

(01) Servicios Personales	37,0	37,60	28,00	28,00
(02) Servicios No Personales	4,70	2,94	0	0
(03) Materiales y Suministros	28,66	19,93	72,00	72,00
(04) Bienes de Usos	29,34	39,53	0	0
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Fuente: original CNS

El comportamiento en el subsector público por objeto de gasto fue el siguiente:

En 1995, el grupo que registró el mayor porcentaje de gastos fue servicios personales (37,3%), en segundo lugar bienes de uso (29,34%), seguido de materiales y suministros (28,66%), donde medicamentos constituye el 78,5% y el renglón insecticida no alcanza el 1%, en último lugar el grupo de servicios no personales con un (4,7%).

En 1996, se registraron algunas variaciones en relación al comportamiento de los grupos, ocupando el primer lugar bienes de uso (39,53%), seguido de servicios personales (37,6%), materiales y suministros (19,93%), donde los medicamentos constituyen el 77,6%, en último lugar se encuentra el grupo de servicios no personales con el (2,94%).

El objeto de gasto en el subsector privado presenta un comportamiento similar para los dos años, ocupando materiales y suministro el primer lugar (72%), sobresaliendo en este grupo el rubro de medicamentos y en segundo lugar servicios personales con 28%.

Objeto de gasto por Institución

Internamente en cada institución, el comportamiento del grupo presupuestario es diferente observándose: en 1995 en el **MINSA**, el grupo ***servicios personales*** registró el primer lugar con 37,76%, en segundo lugar ***bienes de uso*** con 35,24%, dentro de este grupo el rubro *equipos médicos y de salud* sobresalió con el 70,02% de los gastos de ese grupo presupuestario y el 24,67% del gasto total de la institución. En 1996 esta relación se invirtió ocupando el primer lugar el grupo ***bienes de uso*** con el 41,73%, en el rubro edificaciones y construcciones se ejecutó el 73,99%; en segundo lugar el grupo ***servicios personales*** con el 41,44%, (ver matrices en términos relativo 1995 del anexo C).

El **MIGOB** en 1995 ejecutó en el grupo de servicios personales el 43,41%, seguido de materiales y suministros el 35,76%, sin embargo para 1996, servicios personales mantienen el mayor porcentaje del gasto con 49,19%, con un aumento del 2,22%. Materiales y suministro el 30,80% disminuyendo con respecto a 1995 en 4,95%. En 1996 registró una disminución del 13% del total de sus gastos con relación a 1995.

En el **MIDEF** en 1995, el grupo de servicios personales ocupó el primer lugar en los gastos, con 33,59%, seguido de materiales y suministro con 28,99%, en 1996 estos grupos sufren una disminución en términos absolutos, pero mantienen la misma proporción porcentual 33,54% y 28,99% respectivamente.

El **INSS** en 1995 pagó para el grupo de materiales y suministros 50,20%, en segundo lugar para servicios personales 35,72%. El año 1996 presenta el mismo comportamiento, en materiales y suministros se gastó 50,64% manteniendo la misma proporción con respecto al año anterior y en servicios personales 40,13%, incrementándose en un 4,41%.

4. ANÁLISIS Y USOS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis y uso de los resultados, se ha tomado en cuenta el contexto político, económico y social del país, dado que este escenario incide de forma positiva o negativa en el comportamiento y magnitud del gasto en salud.

4.1 ANÁLISIS DE FINANCIAMIENTO

Tradicionalmente, el financiamiento del sector salud ha sido una mezcla pública y privada, la cual ha venido sufriendo transformaciones de acuerdo a los cambios políticos, sociales y económicos del país.

Durante el decenio de 1980, se crea el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), el cual se acompaña de un proceso de regionalización y la casi desaparición del subsector salud privado, como consecuencia, las fuentes de financiamiento del sector salud, casi en su totalidad provenían del financiamiento público; a partir de 1986 se inicia un proceso de cambios, permitido por el diseño de la nueva constitución, en la cual se establece el pluralismo político y la economía mixta, favoreciendo que el subsector privado tuviera una mayor apertura dentro de la economía del país y en el sector salud.

En este decenio, el comportamiento del financiamiento para el sector salud, tenía un mayor porcentaje a través del gobierno central, seguido de la cooperación externa y por último los hogares, el que se estimó en 0,023%[16] con relación al ingreso familiar total. Este comportamiento se basó principalmente en las políticas existentes del momento. El tipo de cooperación externa básicamente, fue vía *donación* que se convirtió en un importante eslabón en el financiamiento del sector.

En el período 1990-1994, el gobierno impulsó cambios políticos, económicos y sociales, a través de la estabilización y ajuste estructural, que pretendían corregir las distorsiones económicas (inflación, control del déficit fiscal y control de los precios). Dentro del sector social se desarrollan procesos de crecimiento integral para mejorar las condiciones de vida de la población y se da un apoyo considerable al subsector privado, como eje del desarrollo económico y social.

A principios de los años noventa, el aporte del gobierno central inicia una tendencia a la disminución, lo que a su vez conlleva al incremento del financiamiento a través de los hogares. La cooperación externa en ese mismo período también observa un descenso, como parte de las políticas de los organismos multilaterales que presionaron a la disminución de financiamiento del sector social en los países en desarrollo, relacionado con programas de estabilización y ajuste estructural. La cooperación externa como fuente de financiamiento se integra en porcentajes similares por donaciones y préstamos.

En 1994 el financiamiento del gobierno central mantiene su tendencia a la disminución y los hogares continúan incrementando su aporte al financiamiento del sector. La cooperación externa se incrementa levemente en relación a los años anteriores, observándose que los préstamos superaron las donaciones, lo que se traduce en una mayor dependencia económica del país.

Aún cuando la salud ha sido una prioridad para el gobierno, en términos reales y relativos ha ocurrido un descenso en la inversión en salud. En este contexto, los datos obtenidos de 1995 y 1996 sobre las fuentes de financiamiento muestran que en Nicaragua se da una mezcla tripartita entre: público, privado y externo.

---

[16] Encuesta de Hogares. INEC . 1985.

En los años 1995 y 1996, el financiamiento del sector salud ha variado en cuanto a la estructura sectorial del mismo. En ese orden, para 1995 el financiamiento privado ocupó el primer lugar, como una expresión del incremento del aporte de los hogares y del desarrollo que las empresas privadas de salud tuvieron en este período. En cambio para 1996, el financiamiento público se ubicó en primer lugar, fundamentalmente por inversiones en infraestructura realizadas en unidades del ministerio de salud.

Los resultados obtenidos en el período de estudio, muestran una acentuada disminución del financiamiento del gobierno central, a pesar que continua siendo una de las principales fuentes de financiamiento del sector, como consecuencia de la política de reducción del déficit fiscal o gasto social del gobierno.

En este último aspecto, el gasto del sector salud realizado a partir de los montos colocados por las diversas fuentes de financiamiento en los fondos públicos y privados se aprecia de la siguiente manera:

Utilizando el deflactor vigentes hasta el momento basado en el año de 1980, el gasto total en el sector salud representa el 13% del PIB, y específicamente el gasto del subsector público es del 8,96%. Este porcentaje ubica a Nicaragua al mismo nivel de gasto en salud de los países desarrollados, sin embargo, si el PIB se calcula tomando como año base 1994 (estimación que el BCN aún no ha oficializado), este indicador se reduciría aproximadamente en un 50%, 6,5 para todo el sector y 4,5% para el subsector público, lo que permitiría una mayor comparabilidad con los gastos de salud del resto de países de la Región.

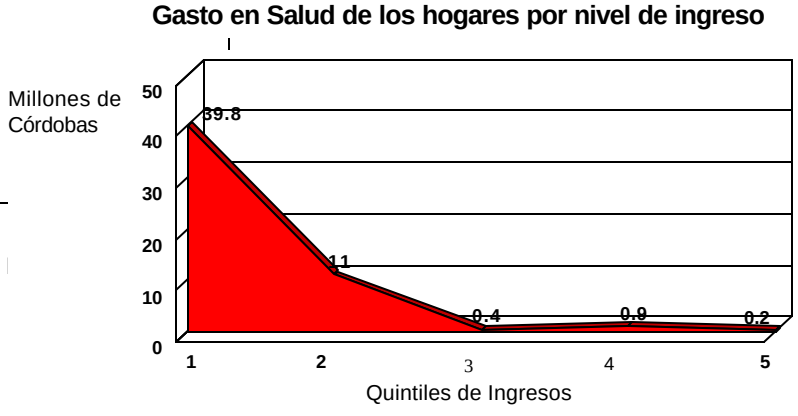
Por otro lado, aunque el gasto en salud ha tenido una tendencia al aumento en términos nominales, en términos reales la tendencia ha sido hacia la disminución. Las políticas tomadas por el gobierno ha condicionado a que los hogares asuman cada vez mas una mayor participación en el financiamiento del sector salud.

Analizando el comportamiento de la participación del gasto público y privado desde 1980, éste presenta una tendencia inversamente proporcional. La participación del financiamiento público que obtuvo un alto porcentaje (80%) hasta la segunda mitad del decenio de 1980, comienza a descender a partir de 1988 nivelándose con las cifras del financiamiento privado en los años 1992 y 1993.[17]

En 1995 y 1996 la participación del subsector privado supera al público, constituyendo esta relación uno de los principales hallazgos de este trabajo.

La encuesta de nivel de vida (ENVI – 1993) proporciona evidencias claras sobre la relación de gasto en salud e ingresos, los hogares con menores niveles de ingreso promedio son los que destinan mayor cantidad de sus ingresos a salud (ver gráfico adjunto). Los determinantes que influyen sobre este comportamiento están ligados a que esta población está expuesta a mayores riesgos de enfermar y morir (nivel de escolaridad, ingresos per capita, infraestructura básica, alimentación y hábitos de vida); por otra parte, este gasto se destina casi exclusivamente a la atención curativa, y en un alto porcentaje a la compra de medicamentos.

Estos datos determinan la necesidad de una mejor distribución del financiamiento de salud con equidad y eficiencia,



[17] Rodríguez

sobre todo de fuentes públicas, que dirijan la prestación de servicios de salud a la población de bajos ingresos (pobre e indigentes), para lograr una redistribución equitativa de los recursos disponibles y que permita reducir las brechas de equidad, accesibilidad y eficiencia.

Los recursos que se asignan al MINSA representan más de la mitad de los ingresos totales del financiamiento del sector. No obstante, es meritorio señalar, que en relación a años anteriores, se ha observado una disminución, debido principalmente al incremento del financiamiento del INSS (contribuciones empleadores/empleados), fondos de cooperación externa y fondos de hogares (recuperación en servicios públicos y gastos de bolsillo).

El financiamiento proveniente de la cooperación externa, para el MINSA, ha sido utilizado en mayor proporción en inversiones de infraestructura y equipos.

4.2 ANÁLISIS DE LOS FONDOS/INSTITUCIONES/AGENTES FINANCISTAS

Los principales fondos o agentes financistas en el sector salud, corresponden en primer lugar al ministerio de salud (rector del sector), seguido de los hogares, la seguridad social y los otros fondos públicos como el MIDEF y MIGOB.

Aunque existe un leve incremento del gasto en el subsector público de 1995 con respecto a 1996, la tendencia histórica del mismo muestra una disminución, en cambio el subsector privado ha tomado mayor participación en términos reales, fundamentalmente por las siguientes razones:

- La política económica de los gobiernos (1990-1997), ha sido orientada a la disminución del gasto social.
- La reforma del sector salud, está dirigida hacia una mayor participación de la empresa privada.
- La seguridad social retoma su verdadero rol como prestador de servicios de salud, a través del surgimiento y evolución del **Modelo de Salud Previsional**, que ha conllevado a la organización de empresas médicas previsionales de salud, tanto en el subsector público (es importante aclarar que estas no se conciben como empresas) como en el subsector privado.

Las variaciones del gasto per cápita existente entre un fondo y otro, de acuerdo a su población blanco, se aprecia en el siguiente cuadro:

Fondos de Financiamientos por Subsector, 1995-1996

Fondos	Gasto Promedio 1995-1996	Población Potencialmente Cubierta	Gasto Per cápita US$ Constantes Promedio 1995-1996
Público			
MINSA	54,8%	85%	35,07
INSS	10,4%	6%	96,23
Otros	3%	4,5%	26,59
Privado	31,8%	4,5%	71,32
Total	100%	100%	229,21

Fuente: original CNS

El gasto per cápita del sector salud tuvo un promedio de C$ 598,00 Córdobas equivalentes aproximadamente a US$ 60,00 dólares per cápita.

El gasto promedio del subsector público representa el 68,2%, dentro de este subsector, el MINSA presenta el mayor porcentaje del gasto con un 54,8% y un gasto per cápita de US$ 35,07. El INSS por su parte, registra el mayor per cápita con US$ 96,23 dentro este subsector.

El subsector privado, que tiene el 31,8% de gasto promedio, tiene el segundo mejor gasto per cápita, en relación al subsector público, con US$ 71,32.

Esta diversidad del per cápita por fondo, obliga a profundizar en las explicaciones de estas diferencias, ya que expresa inequidad y/o ineficiencia, las que deben ser consideradas en el proceso de reforma del sector.

Gastos Porcentual según Niveles de Atención, 1995 - 1996

Subsector	1995	1996	Promedio
Público			
1er nivel	23,1	23,2	23,15
2do nivel	27,1	26,3	26,7
Policlínicas	9,1	9,7	9,4
Privado			
CRN[18]	2,6	2,2	2,4
Clínicas 1er Nivel	11,20	13,2	13,2
Hospitales	3,7	3,6	3,65
Farmacias	23,15	19,75	21,45

Fuente: Original - CNS

En el período objeto de estudio se ha observado que los gastos en el segundo nivel (atención hospitalaria) disminuyeron, en tanto que en el primer nivel (atención primaria) no sufrieron variaciones significativas.

[18] Centros de Referencia Nacional

Paradójicamente, a la estrategia de un mayor impulso a la atención primaria en salud, establecida desde principios de los años ochenta, los datos muestran una mayor canalización de los recursos al segundo nivel de atención, lo que se explica por la imperante necesidad de desarrollo de infraestructura y equipamiento que demandaban los hospitales. No obstante, éste mayor destino de recursos hacia el segundo nivel de atención es relativamente bajo si se hace una comparación de la distribución de recursos a nivel de los demás países centroamericanos.

4.3 ANÁLISIS POR TIPO DE SERVICIO

El análisis por ***tipos de servicios***, es importante debido a que relaciona el modelo de atención de salud del país, con la coherencia en la asignación de recursos hacia ese modelo.

En el proceso de recopilación de la información, todas las instituciones de acuerdo a la estructura programática del MINSA se ajustaron a la siguiente desagregación: a) promoción y prevención, b) atención curativa (ambulatoria y hospitalización) c) formación e investigación, y d) rehabilitación.

De manera agregada se pueden valorar las siguientes relaciones:

- Del gasto total, un 15,6% se utilizó en los servicios de **promoción y prevención**. Observando las series históricas disponibles,[19] la tendencia de este componente es decreciente respecto a los años ochenta, cuando en 1986-1990 representaba el 41% del total del gasto. La responsabilidad en el sector sigue siendo para el ministerio de salud quien aporta como promedio el 89,49% de los gastos totales para este tipo de servicios.

- **La atención curativa** representó el 78,4% del gasto, dentro de la cual la atención ambulatoria significa el 41,8%, y la atención hospitalaria (36,6%). En cuanto a este último resultado, la variación es decreciente en comparación al período (1986-1990) en donde el gasto de los hospitales representaba aproximadamente el 40-45%[20] del total del financiamiento.

  Al interior de la atención curativa, se observa que la atención ambulatoria presenta un ligero incremento con respecto a años anteriores, lo inverso sucede en la atención hospitalaria, cumpliéndose así con las políticas de salud de ese período, que se han visto fortalecidas con la definida en 1997: **"Fortalecimiento de la Atención Primaria"** enfocado a privilegiar la atención al paciente en régimen ambulatorio (consultas y urgencias).

  El mayor peso en la **atención hospitalaria** recae en el ministerio de salud el que promedia un 65,59% del total de gasto de este tipo de atención (costo de los medios diagnósticos y costo del trabajo intrahospitalario).

- En cuanto al gasto realizado en los diferentes **tipos de servicios y/o programas**, el MINSA gasta como promedio el 54,7%, lo que lo convierte en la institución financiadora más importante tanto en el subsector público como privado.

- **En rehabilitación**, para este estudio existe la particularidad de que por limitaciones del sistema de información del MINSA, no se cuenta con cifras desagregada para este tipo de servicio. Las cifras correspondientes a este servicio se encuentran agregadas en lo reportado en promoción y prevención y otra parte está incluida en

---

[19] Rodríguez M, Villacrés N., Cáceres M. y col. "Análisis del Gasto Sanitario en Nicaragua 1986-1990". CIES - AECI. Managua, Nicaragua. Mayo de 1992.

[20] Idem.

atención hospitalaria, sin poderse detallar la cifra MINSA. El dato que se registra corresponde a lo reportado por el INSS, en el caso del seguro de riesgos laborales, que apenas representa un 0,5% del gasto total.

- **Investigación y formación**. La apertura programática actual del MINSA y de los otros ministerios no tienen detallado este rubro. Como este rubro esta administrado de manera centralizada se incluye en los gastos de administración del nivel central y no se puede obtener una estimación confiable para 1996-1997. En el período 1986-1990 este segmento representó un promedio de 1,86%.

- Finalmente, por la forma de registro de la información, se pueden presentar separado de la prestación de los servicios, los montos correspondientes a **administración** a nivel central y la administración de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) que tienen una expresión similar a la división administrativa departamental. Como resultado, este segmento significa un 5,5% del gasto total. La tendencia es descendiente en comparación con el período 1986-1990, porque en este mismo concepto representaba en promedio un 15,6%.

Estableciendo algunas relaciones entre los diferentes servicios se puede indicar que en la sociedad nicaragüense por cada córdoba orientado al nivel promoción y prevención se gastan cinco córdobas en atención curativa. La Política de Salud de Nicaragua considera como prioridad en el nivel primario de salud realizar esfuerzos por revertir esta relación, aún no alcanzan los niveles deseados. Sin embargo, en Nicaragua lo utilizado en promoción y prevención es alto en comparación con otros países del área, por ejemplo Ecuador utiliza el 11% y México el 7%.

Las acciones de promoción y prevención están dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, a través de un esfuerzo multisectorial e interinstitucional, lo contrario se expresa en daños (morbi-mortalidad) para lo que el ministerio de salud organizará los servicios de salud en función de dar respuesta a la demanda.

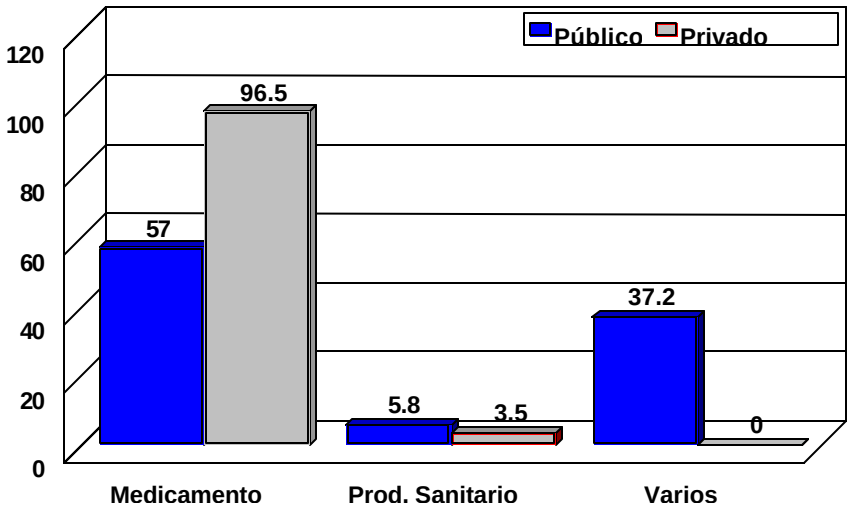
4.4 ANÁLISIS DE LOS FONDOS /INSTITUCIONES A FUNCIÓN/OBJETO DE GASTO

En 1996 con respecto a 1995, en lo que se refiere al gasto por **rubro económico** (objeto del gasto), los gastos en salud a nivel de todo el sector demuestran un incremento del 14%, el que se debe a una mayor asignación de presupuesto del ministerio de salud y mayor gasto de los hogares.

Sin embargo, a pesar de esto, los gastos en medicamentos, insecticidas y otros productos sanitarios disminuyeron considerablemente en 1996 con relación a 1995 en el subsector público, específicamente en el ministerio de salud, lo que pone de manifiesto el desabastecimiento en sus unidades de salud, y el recargo de este rubro en los gastos de bolsillo de los hogares, el que presenta un incremento en ambos años del 39,5% y 48% respectivamente con respecto al público.

En el siguiente gráfico se pueden observar estas variaciones tanto en el subsector público como en el privado.

Objeto del Gasto – Materiales y Suministros por Sector, 1995



Fuente: Original CNS

También se observa a nivel de todo el sector salud, un incremento leve del gasto en los servicios personales, pero específicamente a nivel del MINSA es significativo, es necesario profundizar en las causas y sus explicaciones. En relación al grupo bienes de uso (infraestructura física y equipos) su incremento es muy significativo y es debido a que en el año 1996 se inician inversiones en edificaciones y construcciones sobre todo en las unidades de salud del MINSA, principalmente con fondos de cooperación externa.

5. CONCLUSIONES

El financiamiento del sector salud es una mezcla tripartita de los subsectores público, privado (hogares) y cooperación externa.

El financiamiento y gasto del sector salud del sector, ha venido sufriendo cambios cualitativos y cuantitativos, producto de las medidas de ajuste estructural y reforma del sector salud, donde el financiamiento y gastos se comparten con el subsector privado, quien esta tomando mayor participación.

La participación de los hogares en el financiamiento en salud es cada vez mayor, pero evidencias claras revelan que el gasto de los hogares ha venido a profundizar la iniquidad en el sector, ya que los hogares con menores recursos están haciendo mayores gastos privados que los que tienen mejores ingresos.

Estas desigualdades deben obligar a los financiadores del sector, sobre todo a las fuentes públicas, a una reflexión y distribución equitativa de los recursos disponibles hacia los sectores más vulnerables para reducir las brechas de equidad, accesibilidad y eficiencia.

Los resultados de cuentas nacionales de salud revelan los esfuerzos del gobierno por asignar mayores recursos al primer nivel de atención, a pesar de ello persiste una asignación mayor a los establecimientos hospitalarios, los que por sus características del nivel de complejidad consumen mayores volúmenes de recursos. La tendencia clara es privilegiar la atención primaria con énfasis en las acciones de promoción y prevención.

El gasto de salud con relación al PIB es extremadamente alto, su explicación se fundamenta en un PIB subevaluado (1980).

A pesar de un incremento nominal en el financiamiento del gasto en salud en el sector, la **política económica de los gobiernos**, a partir de los años noventa ha sido orientada hacia la disminución del gasto social, manteniendo un 15% del gasto social para salud, a pesar que en términos reales su tendencia es hacia la disminución.

La reforma del sector salud fomenta una mayor participación del subsector privado, y establece al seguro social (INSS) su rol de financiador de servicios de salud a sus derechohabientes, a través de la compra de servicios a las empresas médicas previsionales en el marco del modelo de atención de salud previsional. El ministerio de salud; toma su papel rector del sector salud.

El ministro de salud debe fortalecer los procesos avanzados por la Comisión Técnica de Cuentas Nacionales de Salud, estableciendo las coordinaciones necesarias con el sector privado, (con o sin fines de lucro), para completar la información necesaria.

Los resultados obtenidos sirven para estudiar equidad y eficiencia, analizar la factibilidad económica, los efectos distributivos del gasto, la conveniencia política al financiamiento, y la inversión en salud como parte del proceso de reforma del sector salud.

6. RECOMENDACIONES

1) Sensibilizar a los diferentes niveles técnicos y administrativos de estas instituciones sobre la necesidad e importancia del establecimiento del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud para la toma de decisiones, asignación de recursos y relaciones con las necesidades de salud y los criterios básicos del proceso de reforma del sector: equidad, eficiencia y calidad.

2) Formalizar la Unidad Técnica de Cuentas Nacionales de Salud con la integración de las instituciones públicas, privadas y de cooperación externa. Definir funciones, líneas de autoridad, recursos e interrelaciones con la dirección financiera y de cooperación externa. Deberá quedar establecida la relación con la coordinación de la reforma del sector salud.

3) Desarrollar algunos estudios de investigación que contribuyan al desarrollo del sistema de CNS, como el de "Oferta Privada de Servicios de Salud" y "Oferta de Servicios de Salud de las ONGs" que permitan la integración de la información de las instituciones privadas con fines de lucro y sin fines de lucro.

4) Fortalecer la capacidad científico técnica de los equipos de dirección del MINSA, tanto de los niveles gerenciales nacionales, como departamentales y operativos, para la recolección, procesamiento y análisis de la información de financiamiento y gasto en salud.

5) Poner a disposición de los tomadores de decisiones a nivel de gobierno y organismos de cooperación externa, los resultados de los estudios de CNS los cuales servirán para fortalecer los procesos de formulación y evaluación de las políticas sanitarias.

6) Coordinar con la Dirección de Cooperación Externa y la Dirección Financiera del MINSA la elaboración de una clasificación que permita la integración de su información de acuerdo a los requerimientos técnicos de las CNS.

7) Sistematizar la experiencia adquirida con el desarrollo del proyecto sobre Cuentas Nacionales de Salud.

8) Intercambiar experiencias en el interior del país, así como realizar acciones bilaterales y multilaterales en el área Centroamérica y Latinoamérica, con los países que están en procesos de desarrollo similares sobre CNS.

9) Promover e integrar la cooperación técnico financiera nacional, internacional e interagencial, para asegurar la autosostenibilidad técnica y financiera a corto, mediano y largo plazo.

10) Realizar la estimación del gasto privado que permita tener un panorama completo de la financiación global del gasto en salud.

11) Para el análisis del gasto privado prospectivo se basará en la Encuesta de Ingresos y Gastos que se realizará en 1998 y en la encuesta de Nivel de Vida de 1999. En este sentido se han realizado coordinaciones con las instancias promotoras de estas iniciativas para la inclusión de un miembro de las CNS en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

12) Integrar Cuentas Nacionales de Salud al sistema de información automatizado del MINSA, que permitirá la sistematización y evaluación del gasto en salud, y la toma de decisiones.

7. BIBLIOGRAFÍA

1) Política de Salud 1997-2002.

2) Plan Maestro de Salud 1991-1996, MINSA.

3) Indicadores Básicos de Salud 1997. MINSA.

4) Indicadores Económico del Banco Central de Nicaragua, Octubre/97, Diciembre/97.

5) Análisis del gasto sanitario en Cataluña, España.

6) Brian Abel Smith. ¿Cuánto cuesta la salud? Estudio comparado de las Presentaciones Sanitarias en la Seguridad Social. Editorial MAPFRE, S.A. Madrid, 1982.

7) Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, Vol., No 103, 6 diciembre de 1987.

8) Estudio sobre financiamiento del sector salud en Nicaragua. Milton Roemer.

9) Clasificador por objeto del gasto. MIFIN. 1998.

10) Vistazo Económico No. 362. Indicadores de inflación, diciembre 1987; julio 1991.

11) Vistazo Económico No. 438, febrero 1992.

12) Constitución de Nicaragua. 1984

13) Estudio Económicos de América y el Caribe 1990, Nicaragua. Naciones Unidas, CEPAL.

14) Anuario Estadístico 1989. INSSBI, febrero 1991.

15) Plan Trianual (1988-1990) y (1991-1993). MINSA, Nicaragua.

16) Plan MINSA 1980. Nicaragua.

17) Condiciones de Salud en las Américas. Oficina Panamericana de la Salud, edición 1991.

18) Panorama Macroeconómico del Financiamiento de la Salud en Nicaragua. Marzo 1992. Banco Mundial, Ana María Arraigada.

19) Diagnostico del Sector Salud, República de Nicaragua. Banco Interamericano de Desarrollo. 1990.

20) Programa Nacional de Desarrollo Social y Superación de la Pobreza. Documento Borrador. Vice Ministro de la Presidencia. Dirección Técnica, enero 1991.

GLOSARIO

CNS:	Cuentas Nacionales en Salud
PIB:	Producto Interno Bruto
EMPS:	Empresas Médicas Previsionales de Salud
INSS:	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MINSA:	Ministerio de Salud
MIGOB:	Ministerio de Gobernación
MIDEF:	Ministerio de Defensa
MIFIN:	Ministerio de Finanzas
BCN:	Banco Central de Nicaragua
ONG:	Organismo No Gubernamentales
AVPT:	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BM:	Banco Mundial
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL:	Centro Económico Para América Latina
CFL:	Con Fines de Lucro
SFL:	Sin Fines de Lucro
CRN:	Centro Referencia Nacional
ENV:	Encuesta Nacional de Vida
MAS:	Ministerio de Acción Social
INEC:	Instituto Nacional de Seguridad Social
SNUS:	Sistema Nacional Unico de Salud
SILAIS:	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
PNUD:	Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo
PHR:	Partnerships for Health Reform

MSH: Management Science for Health

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

NV: Nacidos Vivos

ANEXO A: METODOLOGÍA Y FUENTE DE INFORMACIÓN

1. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La metodología utilizada se basa en las orientaciones metodológicas planteadas en el I y II Taller sobre Cuentas Nacionales y algunas adaptaciones realizadas debido a características particulares en el país.

1) Se establecieron en primera instancia coordinaciones con las diferentes fuentes de información para este estudio, además de comunicación escrita y oral que permitieran sensibilizar la implementación de CNS, incluyendo la promoción de la incorporación a la Comisión Nacional de CNS al MIGOB y MIDEF, con relación a estos últimos, se considera un logro importante la obtención de la información.

2) Se logró sistematizar una serie histórica desde 1991 a 1996, sin embargo, la incompatibilidad en la información, debido a la estructura programática en algunos años, impidieron la presentación completa y ésta se centra en los años establecidos para el proyecto CNS 1995 y 1996.

3) Se diseñaron matrices en las que se coloco la información deseada como variables, la forma de operacionalización en cada institución la dirección o departamento responsable del manejo de la información, y al recurso responsable de proporcionar la información, a la unidad coordinadora de las cuentas nacionales en salud.

Cuadro A-1

Institución	Operacionalización de Variables sobre:	Fuente de Información	Responsable de producción
MINSA	-instrumentos de financiamiento - flujos - tipos de servicios/ programa -rubro económico -territorio	Dirección Económico-financiera Dirección de Planificación e Información	Lic. Cáceres Dra. Gadea
INSS	IDEM	Dirección Estudios Especiales	Lic. Bolaños Lic. Zamora
MIDEF	IDEM	Dirección de Salud	Dr. Rivas
MINGO	IDEM	Dirección de Atención Médica Dirección Financiera	Dr. Campos

Fuente: Original CNS.

4) Para la incorporación de otras instituciones gubernamentales y entes autónomos, se elaboró una matriz para recoger la siguiente información:

- Tipo de servicio financiado
- Tipo de insumo financiado

- Total del financiamiento
- Porcentaje población atendida vs población total
- Porcentaje de financiamiento a estos servicios de salud del presupuesto institucional
- Principales empresas o proveedores individuales privados utilizados.

No se ha logrado tener acceso al conjunto completo de instituciones que aunque financian servicios de salud dirigidos al sector privado, registran la información por objetos de gastos, perdiendo la posibilidad de caracterizar la información y analizarla a través de CNS. Pero se espera en un futuro poder acceder a estos datos que permitirán un análisis completo de gastos en salud.

5) Toda la información proveniente del sector gubernamental sustantivo se sistematizó mediante revisión documental de datos de la ejecución presupuestaria e informes del MINSA, INSS, MINGO y MIDEF. Se construyó una serie histórica de acuerdo a año e instrumento y se procesó en hojas electrónicas de EXCEL. Los montos fueron obtenidos en córdobas corrientes.

6) Con los datos obtenidos se construyeron series históricas por institución y luego de todas las instituciones su total por año. A estos datos se le aplica el deflactor del PIB con base 1980, debido a que la serie de indicadores con base 1994 aún no se encuentra disponible.

7) Un elemento importante fue la determinación de los montos por cobro de servicios en el MINSA, la cual sirvió de base para la estimación del gasto de los hogares en vinculación con la Encuesta de Demanda de Servicios de Salud (MINSA/BID/MSH, 1995).

Cuadro A-2

Tipo de atención	Promedio de pago córdobas
Consulta centro salud	3,1
Hospitalización	126
Consulta especializada	14,62

Fuente: Encuesta de demanda Proyecto MINSA/BID/MSH 1996, Fiedler/ 1996

Con esta información se establecieron los totales de ingresos propios para los años 1995 y 1996, en estas estimaciones no se incluyen algunos ingresos por recuperación de servicios de prevención y promoción, que según expertos, representaría un 20% del total de cobro de servicios (Fidler, 1996); a pesar de este dato se prefirió no estimarlo, porque no había otra fuente que permitiera validar esta información.

2. PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO

a) Falta de disponibilidad de tiempo de los miembros de la Comisión Nacional para la recopilación de datos de las instituciones, debido a otros procesos impulsados en el país. Los miembros del comité no estaban a tiempo completo en Cuentas Nacionales de Salud.

b) Diferencia de los datos de ejecución entre MIFIN y las instituciones (MINSA), debido a que los reportes de las instituciones cuando realizan los informes financieros no están completos ya que aún quedan pendientes

rendiciones de cuentas. Limitaciones de tiempo impidieron una verificación a mayor profundidad. Por otro lado, en base a ciertos eventos críticos presentados como el brote del cólera, el sarampión y la aparición de la leptospirosis, se destinaron partidas extra presupuestarias que se rindieron hasta el año siguiente.

c) Nivel contable de la información en los años estudiados, ya que la mayoría de instituciones utilizan un nivel contable de caja, y el estudio requería información ajustada al sector salud; esta información se consolida de acuerdo a los requerimientos financieros y no en función de los procesos y prioridades de la producción de servicios y de las necesidades de salud.

d) El grado de centralización/descentralización existente hizo que al momento de querer identificar claramente los rubros económicos por tipo de servicios y territorio presentara limitaciones que requieren de mayor tiempo para la recopilación de la información. Así mismo hay poco involucramiento de los programas y servicios de salud en la producción de la información financiera que esta circunscrita a los administradores financieros contables.

e) Algunas instituciones del sector gubernamental sustantivo no tienen incluida la función prestadora de servicios de salud, caso INSS, lo que dificulta la identificación del tipo de servicio y rubros económicos que financian, ya que lo que se entrega es el per cápita de acuerdo a la población descrita a las empresas provisionales públicas y privadas.

3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA

Al interior del sector de salud en Nicaragua se estructuran dos subsectores:

a) **Sector gubernamental sustantivo**; comprende el Ministerio de Salud; los servicios de salud del Ministerio de Gobernación y Defensa, cuyas funciones están basadas en el campo de la financiación, regulación y prestación de servicios de salud. Además se encuentra el Instituto de Seguridad Social cuyas funciones son de financiación y regulación.

b) **Sector gubernamental no sustantivo**; conformado por los organismos gubernamentales del gobierno central, encontrándose otros ministerios[1] y entes autónomos[2] (empresas públicas), que financian en base a su presupuesto, servicios de salud adicionales a sus trabajadores, además de las prestaciones de salud de la seguridad social. Estas instituciones tienen misiones institucionales, pero financian servicios de salud a sus trabajadores como condición de convenios colectivos con los mismos, estableciendo prestaciones de salud que no están contempladas en el paquete de la seguridad social.

Ministerio de Salud (MINSA)

El MINSA como órgano rector del Estado[3] es el responsable de la protección y fomento de la salud en el país. Sus funciones son la formulación de políticas, normando la organización de la prestación de servicios a la población y regulando el ejercicio profesional, en coordinación con las universidades y gremios y decidiendo la forma de

---

1 Ministerio de Agricultura y Ministerio de Cooperación Externa.

2 Empresa Nicaragüense de Energía, Instituto Nacional de acueductos y Alcantarillados, Empresa de Comunicaciones.

3 Capítulo III Derechos Sociales, artículo 59 de la Constitución Política de Nicaragua.

financiamiento a sus unidades de salud. Además el MINSA tiene a su cargo la gran mayoría de las unidades prestadoras de servicio, así como algunas empresas en el área de distribución y comercialización de medicamentos.

El MINSA esta organizado en dos niveles administrativos:

- Nivel central: Administrativamente esta organizado en Direcciones y Divisiones Generales a cargo de la definición de las políticas de salud. Formula las principales estrategias sectoriales, elabora las normas técnicas, aprueba y controla el cumplimiento de las resoluciones, reglamento y disposiciones sobre los procesos de atención, regula la nominación de cargos y la colaboración externa.

- Nivel SILAIS[4]: Administrativamente el país está organizado en 17 SILAIS. Los cuales tienen como función ajustar las políticas y normas de los diferentes procesos a su realidad local, organizar la provisión de los servicios de salud de acuerdo a la necesidad real de la población, fortalecer la participación social y administrar los recursos de salud que se le asignan.

Red de servicios del MINSA

La red de servicios del MINSA esta organizada en dos niveles de atención, en los cuales se ha pretendido asegurar una resolución progresiva de los diferentes problemas de salud de la población. Los niveles de atención se clasifican en primer y segundo nivel.

- La red de servicios del primer nivel de atención esta formada por puestos médicos (188), puestos de salud (562), centros de salud sin camas (146) y centros de salud con camas (24). Además de una policlínica que es considerada como la consulta externa hospitalaria. Cuenta con personal técnico, personal médico (generales y especialistas) y personal auxiliar de salud.

- La red de servicios del segundo nivel esta conformada básicamente por los hospitales en sus diferentes niveles de complejidad. De acuerdo a la clasificación, se encuentran distribuidos en el país 25 hospitales agudos y cuatro hospitales crónicos. Además se encuentran tres centros de referencia nacional, que son: Centro Oftalmológico, Cardiovascular, y Oncológico, los que a pesar de su especialización no cumplen los criterios para ser acreditados como centros de tercer nivel. Cuenta con personal especializado y tecnología de alto nivel de resolución.

Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)

A partir del 8 de agosto de 1979 fecha en que se creó el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS). El Instituto de Bienestar y Seguridad Social (INSSBI) fue una institución encargada de los pensionados (jubilados, viudez, orfandad, e incapacidad), y seguros por subsidios, riesgo profesional, maternidad (pre y post natal), accidentes de trabajo y enfermedad común, debido a que su componente de financiamiento y gasto en servicios de salud se integra al MINSA con la creación en esa fecha del SNUS.

En 1993, el INSSBI sufre una serie de reestructuraciones, que hacen que se separe la función ligada al bienestar social y retome la atención de salud de los asegurados, convirtiéndose en el Instituto de Seguridad Social, para lo cual crea el modelo de salud previsional en el que el INSS se convierte en un organismo financiador y regulador de la salud de los asegurados, mientras que para la prestación de servicios establece y realiza contratación de empresas del sector gubernamental como privado, en función de ciertos criterios de acreditación y pago definidos, y en base a un paquete de

[4] Sistemas Locales de Atención en Salud.

servicios que establece tipo de servicios, listas básicas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (ej. medicamentos).

Ministerio de Gobernación (MIGOB)

Es una institución del gobierno central cuya función principal es la seguridad y el mantenimiento del orden público. Como organismo especializado ofrece servicios de salud, que brindan atención al personal de las diferentes unidades del MIGOB y a los familiares por derecho (padres, cónyuges e hijos), que en su conjunto se denominan derecho habientes. Las instancias adscritas al Ministerio de Gobernación son: Policía Nacional, Migración y Extranjería, Cuerpo de Bomberos, Sistema Penitenciario y estructuras centrales administrativas. Se totalizan 100.000 personas dentro de la cobertura de atención de los servicios médicos del MIGOB.

El modelo de atención está estructurado en dos niveles, primario y secundario. El nivel primario cuenta con clínicas o puestos médicos en las cabeceras departamentales de 13 departamentos geográficos, además cuenta con puestos médicos en las ocho cárceles del país. El nivel secundario está conformado por un hospital que funciona como referencia nacional para las clínicas y puestos médicos departamentales, también se cuenta con un policlínico odontológico con odontología general y cinco especialidades.

Existe cooperación con las estructuras de salud del Ministerio de Defensa y Ministerio de Salud. A partir de 1993 los servicios de salud del MIGOB ofrecen servicios privados, los que son dirigidos hacia la población en general que demanda servicios, empresas públicas y privadas y empresas médicas previsionales adscritas al INSS.

La estructura organizativa cuenta con un nivel nacional eminentemente normativo, que se encuentra adjunto a la unidad hospitalaria.

Ministerio de Defensa (MIDEF)

El Ministerio de Defensa es una institución del gobierno central que tiene como funciones salvaguardar la soberanía e integridad territorial.

El Cuerpo Médico Militar forma parte de los órganos comunes de la estructura del ejército de Nicaragua, a la cual están designados los aspectos de salud. Su misión es brindar con calidad la atención preventiva, curativa y de rehabilitación a los militares y sus derechos habientes, así como mantener en alto la disposición combativa de sus miembros. Sus unidades médicas atienden a una población aproximada de 100.000 personas.

El cuerpo médico militar está organizado de la forma siguiente:

- Jefatura, Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños.
- Centro Militar de Higiene y Epidemiología.
- Unidades Médicas del Primer Nivel.

La red de servicios de salud del cuerpo médico es la siguiente:

- **Primer nivel de atención:** Constituido por las unidades médicas asistenciales:

    1) Puesto médico de salud "A". Es la unidad médica de mayor resolución, ubicada a nivel de las regiones militares, posee personal médico y paramédico, dispone de laboratorios clínicos.

2) Puesto médico "B". Posee personal médico y personal paramédico, ubicado a nivel de los batallones.

3) Puesto de salud "C". A cargo de enfermeros clínicos, ubicado a nivel de compañía de infantería.

- **Segundo nivel de atención:** La unidad médica de máxima resolución del sistema de salud del ejército oferta 22 especialidades, con 595 recursos humanos entre médicos, paramédicos y otros personal, posee una dotación de 154 camas.

El Hospital Militar Alejandro Dávila es un hospital de perfil general dedicado a promocionar servicios de salud a la población militar de todo el país y a proporcionar servicios médicos ambulatorio y de internación de alta calidad a la población civil, a través de los programas de atención privada y de seguridad social del INSS.

Otros ministerios y entes autónomos

- Ministerio de Agricultura (MAG)
- Ministerio de Cooperación Externa
- Empresa Nicaragüense de Electricidad (ENEL)
- Telecomunicaciones y Correos de Nicaragua (TELCOR)
- Empresa Nicaragüense de Telefonía (ENITEL)
- Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA)
- Alcaldías (principalmente Managua)
- Banco Central (BCN)
- Ministerio de Salud (MINSA)
- Ministerio de Acción Social (MAS)
- Banco Nacional de Desarrollo (BANADES)
- Ministerio de Economía (MICE)

Estas entidades tienen diferentes misiones institucionales, son consideradas porque financian servicios de salud a sus trabajadores como condición de los convenios colectivos (empleadores - trabajadores) con los mismos en que establecen prestaciones de salud que no están contempladas en el paquete de la seguridad social.

Otros Ministerios

Ministerio de Cooperación Externa

Este ministerio realiza análisis y manejo de los fondos provenientes de los diferentes países y de las diferentes cooperaciones destinadas a gestión y contratación de donaciones por vía oficial a todos los sectores previstos. También controla la contratación de créditos de cada uno de los sectores y los desembolsos tanto de donaciones como de créditos.

La cooperación externa contribuye al desarrollo del sector salud, unificando las líneas de intervención de acuerdo a las políticas, con la consecución de recursos técnicos, materiales y financieros que ayudan a disminuir las brechas entre las necesidades y las capacidades de cobertura.

Para efecto de esta investigación se cubrirá la cooperación o crédito desembolsado de los diferentes tipos de cooperaciones destinadas al sector salud de las instituciones financiadoras o prestadoras consideradas en este estudio.

Por otra parte, se considera la cooperación externa que ingresa de forma descentralizada a las instituciones descritas anteriormente.

Ministerio de Finanzas (MIFIN)

Institución reguladora en la formulación y asignación de recursos fiscales internos a las diferentes instituciones gubernamentales. En el caso de salud se integran recursos externos.

Sector privado

Comprenden los organismos e instituciones con fines y sin fines de lucro. Existen en el país siete hospitales de propiedad privada, 45 clínicas médicas previsionales adscritas al INSS, incontables consultorios médicos, odontológicos, farmacias y laboratorios. Así también diferentes empresas de la industria farmacéutica y proveedores e importadores de medicamentos e insumos médicos.

La integración con el ministerio de salud ha sido mínima. En términos generales los organismos no gubernamentales apoyan las acciones realizada por el MINSA en la prestación de servicios. Sin embargo, es importante mencionar que para este estudio aún no se cuenta con datos específicos. De igual manera se desconoce la cantidad de ONGs que laboran en el ámbito de la salud dentro del país.

Se establece que el análisis del financiamiento privado estará alrededor del gasto directo de los hogares en servicios de salud. Para el análisis retrospectivo se ubican dos fuentes de información que son la base de estimación del mismo:

- La encuesta de nivel de vida realizada en 1993. (MAS/PNUD/UNICEF).
- La encuesta de demanda de servicios de salud realizada en 1995. (BID/MSH).

Gasto en Salud

Respuesta social frente a necesidades y problemas de salud que ameritan una intervención para mantener o recuperar una pérdida de salud, esta visión tocaría más la respuesta de los servicios de salud tanto del sector gubernamental como privado, institucional y tradicional, sea a nivel individual como colectivo, y es aquí en donde puede operacionalizarse la conceptualización de atención integral de salud, que implica la atención a los individuos y a los grupos, con una visión de promoción y prevención, recuperación (curación) y rehabilitación. A la respuesta institucional, en Nicaragua, se denomina sector salud y sistema de salud.

La primera dificultad que se encuentra al comenzar la sistematización de las cuentas nacionales de salud, es definir los límites del campo de la salud. Las fronteras entre lo que es sanitario y lo que no lo es, son muy difusas, y se hace más difícil por las diversas actividades que a nivel de gobierno se realizan en ésta área. En algunos casos son responsabilidad de los ministerios de salud, en otros casos de diferentes ministerios o entes autónomos. A la hora de decidir cuáles, o que parte de estas actividades se deben incluir como gasto en salud, y cuáles no, se debe intentar de alguna forma operacionalizar el concepto de salud/enfermedad de forma integral; además se debe tomar como referencia las clasificaciones internacionalmente aceptadas para facilitar la comparabilidad de los resultados.

Si gasto en salud es todo "*aquel que contribuya al mejoramiento de la salud*" (Berman P, 1997), se asume una comprensión de la salud como un producto de múltiples determinaciones económicas, sociales, biológicas, culturales y ecológicas, lo que significa que nos estaríamos refiriendo al financiamiento y gasto utilizado en ***respuesta*** ante este proceso social. Esta definición determina el ámbito del sector, del sistema de salud, consideración inicial básica en este proyecto.

Partiendo de lo anterior, la respuesta social ante las necesidades y problemática de salud tendrá las siguientes características:

1) Respuesta social ante los determinantes básicos del proceso salud/enfermedad, como es el tratamiento y la calidad de agua, alcantarillado, desechos líquidos y sólidos, alimentación, educación, estilos de vida etc. que son variables de correlación positiva con la salud. Lo que implicaría un esfuerzo de estimación del gasto en esta dirección, y que serian asumidos por los organismos y/o instituciones gubernamentales y privadas cuya misión tiene que ver con estos aspectos.

2) Repuesta social frente a necesidades y problemas de salud que ameritan una intervención para mantener o recuperar una pérdida de salud, esta visión tocaría más la respuesta de los servicios de salud tanto del sector gubernamental como privado, institucional y tradicional, sea a nivel individual como colectivo, y es aquí en donde puede operacionalizarse la conceptualización de atención integral de salud, que implica la atención a los individuos y a los grupos con una visión de promoción y prevención, que se denomina Sector Salud y Sistema de Salud.

3) Respuesta social para la producción de los factores de producción implicados en los dos tipos de respuesta precedente. Lo que implica formación de recursos, producción de medicamentos, equipos, etc.

A pesar de esta comprensión amplia y adecuada de la salud y de su respuesta social, en el país se considera sector salud solamente el **numeral 2**. De esta forma, para el Proyecto de Cuentas Nacionales de Salud hemos asumido esta definición para operacionalizar "sector salud", fundamentalmente en función de concentrar esfuerzos técnicos y financieros, en esta primera etapa para garantizar que la información del sector salud sea la primera en sistematizarse, sin descartar la continuación de esfuerzos para integrar los otros tipos de respuesta social. En el transcurso del desarrollo del Sistema de Cuentas Nacionales en Nicaragua, progresivamente serán incorporados el financiamiento y gastos en los otros tipos de respuesta social a la salud.

Coordinación de CNS

La coordinación del sistema de Cuentas Nacionales de Salud es responsabilidad de la Unidad Técnica ubicada en la División General de Planificación y Sistemas de Información del MINSA, la cual tendrá como funciones garantizar la coordinación intrainstitucional e interinstitucional del sector salud y otras necesarias para el desarrollo del sistema de CNS.

Comité técnico

El comité técnico está conformado por un representante de cada una de las instituciones sustantivas del sector salud (MINSA, INSS, MIGOB, MIDEF) y de las instituciones normativas de CNS y Presupuesto Publico (BCN, MIFIN). Su función fundamental será garantizar el flujo y la calidad de información proveniente de sus instituciones y desarrollar las estrategias necesarias para la implementación del sistema.

Para el análisis territorial

Nicaragua se divide en departamentos como división política administrativa normada por el gobierno central. En este aspecto, aunque lo ideal sería hacer el análisis exclusivamente por departamentos, la clasificación del gasto por regiones permite establecer relaciones con mediciones de la pobreza realizadas en el país y que tienen como unidad territorial de análisis las regiones, estas son las siguientes:

- Región de las Segovias:
  Departamentos: Nueva Segovia, Madriz y Estelí

- Región Occidente:
  Departamentos: León y Chinandega

- Región Managua:
  Departamento: Managua
- Región Sur:
  Departamentos: Granada, Masaya, Carazo y Rivas.

- Región Central:
  Departamentos: Boaco y Chontales

- Región Norte:
  Departamentos: Jinotega y Matagalpa

- Región Atlántico:
  Regiones autónomas: RAAN y RAAS
  Departamento: Río San Juan

En este sentido sólo para el MINSA fue posible establecer estas estimaciones por lo que no se integro esta matriz ni se hicieron los cálculos para todo el sector. Esta información es muy importante para el análisis de la equidad.

Para el gasto privado

Para la integración del gasto del sector privado se dispuso solamente utilizar la estimación proveniente de la encuesta de nivel de vida (MAS/INEC/PNUD, 1993), porque los datos obtenidos en la encuesta de demanda de servicios de salud (ININSA /BID/MSH, 1995), no tiene una discrepancia significativa con la primera. Se estableció la proporción del gasto en salud de las familias del PIB en ese año, y esa proporción se aplica al PIB de los años analizados para calcular los montos correspondientes. Por otra parte el análisis de las formas en que se gastan fueron ponderados en términos relativos para completar la información sobre el destino de este financiamiento.

ANEXO C: CUADROS COMPLEMENTARIOS

1. CUADROS COMPLEMENTARIOS

Al final están los cuadros y matrices complementarios

2. DESCRIPCIÓN DE MATRICES

Para la matriz No. 1: Fuentes de financiamiento

Con respecto a esta matriz, se incluyeron todos los sectores públicos y privados

Para la matriz No. 2: Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Son las instituciones encargadas de ofertar y proveer servicios de salud a los diferentes fondos. Se han clasificado en públicas (MINSA, MIGOB, MIDEF) en las que se integra los servicios del primer y segundo nivel, además de la policlínica y centros de referencia nacional y farmacias. Por otro lado se hace la clasificación de privada, integrándose clínicas y hospitales con fines de lucro y sin fines de lucro.

Para el análisis de esta matriz, los porcentajes por fondos o instituciones financistas se relacionan con las variables de la prestación de servicios de salud, para establecer el comportamiento de la prestación pública y privada. Se cruzaron las poblaciones blancos de estas instituciones, para establecer los per cápita destinados por instituciones y sector salud.

Para la matriz No 3: Tipo de servicios:

En cada institución prestadora de servicios de salud se han analizado las diferentes aperturas programáticas presupuestarias, se ha establecido como elemento normativo la clasificación del ministerio de salud que utiliza las siguientes categorías:

- **Gastos en actividades centrales** (administración): que incluirán los equipos de dirección y supervisión de nivel nacional, y los equipos de dirección de unidades de dirección departamental.
- **Gastos en atención primaria** que comprenden:
    - Promoción y prevención: programas de educación o divulgación sobre enfermedades prevalentes, basura y limpieza de calles, alimentación, hábitos saludables, ambientes saludables; inmunización, etc.
    - Asistencia médica general (medicina interna, pediatría, gíneco-obstetricia y cirugía general), odontológica y de enfermería ambulatoria

Nota: en Nicaragua este tipo de atención se brinda a nivel del MINSA en los municipios

- Gastos de atención hospitalaria que incluirán:
    - Hospitales: agudos y crónicos
    - Atención medica especializada (policlínicas)

- Gastos de formación e investigación sobre todo becas, capacitación, educación permanente, promoción de la investigación o ejecución de investigaciones. Este tipo de gasto no pudo ser obtenido debido a que desde 1991, los datos no incluyen esta categoría.

Para los tipos de servicios se realizó una serie histórica del comportamiento de la producción de servicios tanto a nivel primario como secundario. Identificando las actividades curativas de las preventivas, y tomando como base la estructura programática de 1991 y 1992 que presentan una distribución de la asignación con estas particularidades, se determinó las diferentes proporciones de gasto al interior de estos años, para luego relacionarlo con la producción de servicios de los años siguientes, estableciendo las tendencias para controlar las proporciones del gasto en esos años, lo que permitió una estimación del gasto en curación y prevención a nivel primario.

Para la matriz No. 4: Rubro económico:

En la clasificación por rubro económico, el punto de partida es el clasificador por objeto del gasto del Gobierno de Nicaragua (instrumento normativo del MIFIN) y se establecen y operacionalizan como sigue:

- **Grupo 01 servicios personales**: en donde se ubican los cargos propios a salud (médicos especialistas, médicos generales y residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos y odontólogos.

- **Grupo 02 servicios no personales**: que incluyen los servicios básicos e insumos ligados a desplazamiento en el terreno.

- **Grupo 03 materiales y suministros**: en donde se encuentran los materiales, entre los que se destacan, los insecticidas, productos químicos y medicamentos.

- **Grupo 04 bienes de uso**: maquinaria y equipos; adquisición de inmuebles y equipos existentes. Se destacan los equipos médico quirúrgicos.

Para efectuar la recopilación de la información fue necesario realizar dos tipos de estimaciones: Para el gasto en rubros económicos, la precisión de ciertas categorías necesarias en el análisis del gasto, como son las proporciones del gasto por tipo de personal, amerit ó una búsqueda especial debido a que las categorías no coinciden en la presentación de estos gastos, en las que se identifica solamente los montos por cada objeto de gasto, sin diferenciar la categoría de personal. Además que esta información esta localiza da en la Dirección de Recursos Humanos que sólo mantiene los datos del personal y de los pagos por nómina fiscal.

Se puntualizó algunos rubros económicos fundamentales en el sector salud como insecticidas, medicamentos y productos químicos y sanitarios, que tienen que ver con la producción de laboratorio clínico y rayos X.

Cuadro C-1 Indicadores Básicos

Indicador	Dato
▪ Superficie territorial	130.682 Km2
▪ Población (1995)	4.357.099 hab
▪ Densidad poblacional 1995	33,3 hab./km2
▪ Tasa de crecimiento annual	2,6
▪ Proporción urbana	54,4%
▪ PIB per cápita 1996	US$ 448,5
▪ Porcentaje alfabetización más de 15 años.	Mujeres 73,6%;

▪ Analfabetismo total	Hombres 74,4%
▪ Año promedio de escolaridad	26%
▪ Tasa de desempleo (95-96)	4,5%
▪ Tasa de subempleo	12% de la PEA
▪ Porcentaje población en pobreza	61,9%
Pobreza	85%
Pobreza crónica	63%
▪ Acceso agua potable	61%
▪ Acceso saneamiento básico	31%
▪ Mortalidad infantil (1995)	58 x 1.000 NV
▪ Mortalidad materna	110 x 100.000 NV
▪ Tasa bruta de mortalidad 1995-2000	5,66 x 1.000
▪ Esperanza de vida ambos sexos	68 - 16 años

Fuente: Dirección General de Planificación y Sistemas de Información 1996, Banco Central 1996, Encuesta de Nivel de Vida 1993

Los principales indicadores socio económicos se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro C-2: Principales Indicadores Socio-económicos

Indicadores	Datos
Índice de analfabetismo (1996)	26%
Producto interno bruto por habitante (1996)	448,5 dólares
Índice de pobreza (1995-96)	Pobreza 85%
Tasa de desempleo (1995-96)	Pobreza crónica 63%
Tasa de inflación (1996)	12% de la PEA
Producto interno bruto (PIB)	14,43%

Fuente: Indicadores Básicos 1997. Ministerio de Salud. Nicaragua.

Matriz No. 1- a
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Corrientes)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	**Empleadores**	**Hogares**	**Cooperación** Externa	**Total**
Ministerio de Salud	558.289,16		72.973,83	373.922,76	1.005.185,75
Ministerio de Gobernación	16.009,24		1.124,63	1.949,62	19.083,49
Ministerio de Defensa	18.926,68		2.756,60		21.683,28
Inst. Nic. de Seguridad Social	14.314,86	173.172,44	7.215,53		194.702,83
Otros Ministerios		19.219,58			19.219,58
Empresas Privadas					0,00
Hogares			592.911,52		592.911,52
TOTAL	**607.539,94**	**192.392,02**	**676.982,11**	**375.872,38**	**1.852.786,45**

Matriz No. 1- b
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	Empleadores	Hogares	Cooperación Externa	**Total**
Ministerio de Salud	764.884,45		99.977,85	512.293,14	1.377.155,43
Ministerio de Gobernación	21.933,47		1.540,80	2.671.08	26.145,35
Ministerio de Defensa	25.930,51		3.776,68		29.707,19
Inst. Nic. de Seguridad Social	19.612,08	237.255,02	9.885,64		266.752,75
Otros Ministerios		26.331,80			26.331,80
Empresas Privadas					0,00
Hogares			812.318,84		812.318,84
TOTAL	**832.360,52**	**263.586,82**	**927.499,81**	**514.964,21**	**2.538.411,36**

Matriz No. 1- c
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1995
(En términos relativos)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	Empleadores	Hogares	Cooperación Externa	**Total**
Ministerio de Salud	30,13%		3,94%	20,18%	54,25%
Ministerio de Gobernación	0,86%		0,06%	0,11%	1,03%
Ministerio de Defensa	1,02%		0,15%		1,17%
Inst. Nic. de Seguridad Social	0,77%	9,35%	0,39%		10,51%
Otros Ministerios		1,04%			1,04%
Empresas Privadas					0,00%
Hogares			32,00%		32,00%
TOTAL	**32,79%**	**10,38%**	**36,54%**	**20,29%**	**100,00%**

Matriz No.1 - d
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas Corrientes)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	Empleadores	Hogares	Cooperación Externa	**Total**
Ministerio de Salud	753.117,70		84.702,29	391.549,15	1.229.369,14
Ministerio de Gobernación	15.454,86		1.219,20	880,85	17.554,91
Ministerio de Defensa	20.959,92		1.050,69		22.010,60
Inst. Nic. de Seguridad Social	15.705,85	204.070,37	8.502,92		228.279,14
Otros Ministerios		22.101,25			22.101,25
Empresas Privadas					0,00
Hogares			702.248,55		702.248,55
TOTAL	**805.238,33**	**226.171,62**	**797.723,65**	**392.430,00**	**2.221.563,60**

Matriz No. 1 - e
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1996
(En términos relativos)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	Empleadores	Hogares	Cooperación Externa	**Total**
Ministerio de Salud	924.411,07		103.967,46	480.605,31	1.508.983,85
Ministerio de Gobernación	18.970,00		1.496,50	1.081,20	21.547,70
Ministerio de Defensa	25.727,16		1.289,66		27.016,82
Inst. Nic. de Seguridad Social	19.278,08	250.485,30	10.436,87		280.200,25
Otros Ministerios		27.128,08			27.128,08
Empresas Privadas					0,00
Hogares			861.971,95		861.971,95
TOTAL	**988.386,31**	**277.613,38**	**979.162,45**	**481.686,51**	**2.726.848,65**

Matriz No. 1 - f
Fuentes a Agentes Financieros
Nicaragua Año 1996
(En términos relativos)

Agentes Financieros	Fuentes				
	Ministerio de Finanzas	Empleadores	Hogares	Cooperación Externa	**Total**
Ministerio de Salud	33,90%		3,81%	17,62%	55,34%
Ministerio de Gobernación	0,70%		0,05%	0,04%	0,79%
Ministerio de Defensa	0,94%		0,05%		0,99%
Inst. Nic. de Seguridad Social	0,71%	9,19%	0,38%		10,28%
Otros Ministerios		0,99%			0,99%
Empresas Privadas					0,00%
Hogares			31,61%		31,61%
TOTAL	**36,25%**	**10,18%**	**35,91%**	**17,66%**	**100,00%**

Matriz N° 2 - a
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas)

Proveedores	**Agentes Financieros**						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	1.005.185,82			102.369,13			1.107.554,95
Centros de Ministerio de Gobernación		19.083,52					19.083,52
Centros de Ministerio de Defensa			21.683,68				21.683,68
Clínicas particulares				87.717,01	16.625,82	103.285,20	207.628,03
Hospitales privados				4.616,69	2.593,76	60.654,85	67.865,30
Farmacias				0,00	0,00	428.971,50	428.971,50
TOTAL	**1.005.185,82**	**19.083,52**	**21.683,68**	**194.702,83**	**19.219,58**	**592.911,55**	**1.852.786,97**

Matriz No. 2 - b
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Proveedores	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	1.377.155,52			140.250,90			1.517.406,43
Centros de Ministerio de Gobernación		26.145,39		0,00			26.145,39
Centros de Ministerio de Defensa			29.707,73	0,00			29.707,73
Clínicas particulares				120.176,75	22.778,22	141.505,96	284.460,92
Hospitales privados				6.325,10	3.553,58	83.100,22	92.978,90
Farmacias						587.712,70	587.712,70
TOTAL	**1.377.155,52**	**26.145,39**	**29.707,73**	**266.752,75**	**26.331,80**	**812.318,88**	**2.538.412,07**

Matriz No. 2 - c
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1995
(En términos relativos)

Proveedores	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	54,25%			5,53%			59,78%
Centros de Ministerio de Gobernación		1,03%					1,03%
Centros de Ministerio de Defensa			1,17%				1,17%
Clínicas particulares				4,73%	0,90%	5,57%	11,21%
Hospitales privados				0,25%	0,14%	3,27%	3,66%
Farmacias						23,15%	23,15%
TOTAL	**54,25%**	**1,03%**	**1,17%**	**10,51%**	**1,04%**	**32,00%**	**100,00%**

Matriz No. 2 - d
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas)

Proveedores	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	1.229.369,13			94.751,13			1.324.120,26
Centros de Ministerio de Gobernación		17.554,91					17.554,91
Centros de Ministerio de Defensa			22.010,60				22.010,60
Clínicas particulares				126.851,64	19.007,08	191.496,17	337.354,89
Hospitales privados				6.676,40	3.094,17	71.840,02	81.610,59
Farmacias						438.912,36	438.912,36
TOTAL	**1.229.369,13**	**17.554,91**	**22.010,60**	**228.279,17**	**22.101,25**	**702.248,55**	**2.221.563,61**

Matriz No. 2 - e
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Proveedores	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	1.508.983,83			116.301,87			1.625.285,70
Centros de Ministerio de Gobernación		21.547,70					21.547,70
Centros de Ministerio de Defensa			27.016,81				27.016,81
Clínicas particulares				155.703,50	23.330,16	235.051,15	414.084,80
Hospitales privados				8.194,92	3.797,93	88.179,72	100.172,57
Farmacias						538.741,08	538.741,08
TOTAL	**1.508.983,83**	**21.547,70**	**27.016,81**	**280.200,28**	**27.128,08**	**861.971,95**	**2.726.848,66**

Matriz No. 2 - f
Agentes Financieros a Proveedores
Nicaragua Año 1996
(En términos relativos)

Proveedores	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Ministerio de Salud	55,34%			4,27%			59,60%
Centros de Ministerio de Gobernación		0,79%					0,79%
Centros de Ministerio de Defensa			0,99%				0,99%
Clínicas particulares				5,71%	0,86%	8,62%	15,19%
Hospitales privados				0,30%	0,14%	3,23%	3,67%
Farmacias						19,76%	19,76%
TOTAL	**55,34%**	**0,79%**	**0,99%**	**10,28%**	**0,99%**	**31,61%**	**100,00%**

Matriz No. 3 - a
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Corrientes)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	269.980,91		546,88	35.238,34		5.929,11	311.695,23
Atención Ambulatoria General	98.223,03	2.526,18	4.557,31	105.564,70		313.057,29	523.928,51
Atención Ambulatoria Especializada	166.545,60	810,61	1.444,67	33.668,64	16.625,82	78.264,33	297.359,66
Hospitalización	470.436,28	15.746,73	15.134,82	7.328,07	2.593,76	195.660,81	706.900,47
Rehabilitación				12.903,07			12.903,07
Formación e investigación							0,00
TOTAL	**1.005.185,82**	**19.083,52**	**21.683,67**	**194.702,82**	**19.219,58**	**592.911,54**	**1.852.786,95**

Matriz No. 3 - b
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. De Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	369.887,53		749,25	48.278,31		8.123,18	427.038,27
Atención Ambulatoria General	134.570,54	3.460,99	6.243,74	144.629,00		428.904,36	717.808,62
Atención Ambulatoria Especializada	228.175,91	1.110,57	1.979,27	46.127,75	22.778,22	107.226,10	407.397,81
Hospitalización	644.521,55	21.573,82	20.735,47	10.039,83	3.553,58	268.065,23	968.489,48
Rehabilitación				17.677,86			17.677,86
Formación e investigación							0,00
TOTAL	**1.377.155,53**	**26.145,38**	**29.707,73**	**266.752,73**	**26.331,80**	**812.318,87**	**2.538.412,04**

Matriz No. 3 - c
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1995
(En términos relativos)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	14,57%		0,03%	1,90%		0,32%	16,82%
Atención Ambulatoria General	5,30%	0,14%	0,25%	5,70%		16,90%	28,28%
Atención Ambulatoria Especializada	8,99%	0,04%	0,08%	1,82%	0,90%	4,22%	16,05%
Hospitalización	25,39%	0,85%	0,82%	0,40%	0,14%	10,56%	38,15%
Rehabilitación				0,70%			0,70%
Formación e investigación							0,00%
TOTAL	**54,25%**	**1,03%**	**1,17%**	**10,51%**	**1,04%**	**32,00%**	**100,00%**

Matriz No. 3 - d
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas Corrientes)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	340.597,33		555,12	31.029,90		7.022,49	379.204,85
Atención Ambulatoria General	124.435,39	2.314,68	4.626,02	129.822,59		370.787,21	631.985,89
Atención Ambulatoria Especializada	214.065,18	749,65	1.466,45	41.598,55	19.007,08	92.696,80	369.583,70
Hospitalización	550.271,23	14.490,60	15.363,01	9.022,17	3.094,17	231.742,01	823.983,18
Rehabilitación	0,00	0,00	0,00	16.805,97	0,00		16.805,97
Formación e investigación							0,00
TOTAL	**1.229.369,13**	**17.554,93**	**22.010,60**	**228.279,17**	**22.101,25**	**702.248,51**	**2.221.563,58**

Matriz No. 3 - e
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	418.064,73		681,38	38.087,52		8.619,73	465.453,35
Atención Ambulatoria General	152.737,68	2.841,14	5.678,19	159.350,18		455.121,16	775.728,35
Atención Ambulatoria Especializada	262.753,38	920,16	1.799,99	51.059,96	23.330,16	113.780,29	453.643,92
Hospitalización	675.428,05	17.786,42	18.857,26	11.074,22	3.797,93	284.450,73	1.011.394,60
Rehabilitación	0,00	0,00	0,00	20.628,41	0,00	0,00	20.628,41
Formación e investigación							0,00
TOTAL	**1.508.983,83**	**21.547,72**	**27.016,81**	**280.200,28**	**27.128,08**	**861.971,90**	**2.726.848,63**

Matriz No. 3 - f
Agentes Financieros a Funciones
Nicaragua Año 1996
(En términos relativos)

Funciones	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
Promoción y Prevención	15,33%		0,02%	1,40%		0,32%	17,07%
Atención Ambulatoria General	5,60%	0,10%	0,21%	5,84%		16,69%	28,45%
Atención Ambulatoria Especializada	9,64%	0,03%	0,07%	1,87%	0,86%	4,17%	16,64%
Hospitalización	24,77%	0,65%	0,69%	0,41%	0,14%	10,43%	37,09%
Rehabilitación				0,76%			0,76%
Formación e investigación							0,00%
TOTAL	**55,34%**	**0,79%**	**0,99%**	**10,28%**	**0,99%**	**31,61%**	**100,00 %**

Matriz No. 4 - a
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Corrientes)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	379.573,06	8.284,66	7.273,76	69.547,36	4.830,74	166.015,23	635.524,81
02 Servicios no personales	35.437,99	3.121,19	5.045,31	15.454,53			59.059,02
03 Materiales y suministros	235.919,78	6.825,68	6.288,07	97.760,01	14.082,23	426.896,32	787.772,09
04 Bienes de uso	354.254,92	852,00	3.076,54	11.940,92	306,61		370.430,99
TOTAL	**1.005.185,75**	**19.083,53**	**21.683,68**	**194.702,82**	**19.219,58**	**592.911,55**	**1.852.786,91**

Matriz No. 4 - b
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	520.034,33	11.350,40	9.965,42	95.283,40	6.618,36	227.449,28	870.701,20
02 Servicios no personales	48.551,84	4.276,19	6.912,33	21.173,49			80.913,85
03 Materiales y suministros	323.222,06	9.351,53	8.614,97	133.936,17	19.293,37	584.869,60	1.079.287,70
04 Bienes de uso	485.347,20	1.167,28	4.215,02	16.359,67	420,07		507.509,23
TOTAL	**1.377.155,43**	**26.145,40**	**29.707,74**	**266.752,73**	**26.331,80**	**812.318,88**	**2.538.411,98**

Matriz No. 4 - c
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1995
(En términos relativos)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	20,49%	0,45%	0,39%	3,75%	0,26%	8,96%	34,30%
02 Servicios no personales	1,91%	0,17%	0,27%	0,83%			3,19%
03 Materiales y suministros	12,73%	0,37%	0,34%	5,28%	0,76%	23,04%	42,52%
04 Bienes de uso	19,12%	0,05%	0,17%	0,64%	0,02%		19,99%
TOTAL	**54,25%**	**1,03%**	**1,17%**	**10,51%**	**1,04%**	**32,00%**	**100,00 %**

Matriz No. 4 - d
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1995
(Miles de Córdobas Corrientes)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	509.568,76	8.635,29	7.383,43	91.604,86	5.555,03	196.629,59	819.376,96
02 Servicios no personales	20.203,63	2.611,32	5.121,38	20.377,32			48.313,65
03 Materiales y suministros	186.574,73	5.408,32	6.382,86	115.601,83	16.193,64	505.618,96	835.780,34
04 Bienes de uso	513.022,02	900,00	3.122,92	695,13	352,58		518.092,65
TOTAL	**1.229.369,14**	**17.554,93**	**22.010,59**	**228.279,14**	**22.101,25**	**702.248,55**	**2.221.563,60**

Matriz No. 4 - e
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1996
(Miles de Córdobas Constantes Año 1980)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	625.467,98	10.599,35	9.062,76	112.439,99	6.818,50	241.352,14	1.005.740,71
02 Servicios no personales	24.798,86	3.205,25	6.286,22	25.012,05			59.302,38
03 Materiales y suministros	229.010,35	6.638,42	7.834,61	141.894,97	19.876,81	620.619,81	1.025.874,97
04 Bienes de uso	629.706,67	1.104,70	3.833,21	853,23	432,77		635.930,59
TOTAL	**1.508.983,85**	**21.547,72**	**27.016,80**	**280.200,25**	**27.128,08**	**861.971,95**	**2.726,848,66**

Matriz No. 4 - f
Agentes Financieros a Tipo de Gastos
Nicaragua Año 1996
(En términos relativos)

Tipo de Gasto	Agentes Financieros						
	Ministerio de Salud	Ministerio de Gobernación	Ministerio de Defensa	Inst. Nic. de Seg. Social	Otros Ministerios	Hogares	Total
01 Servicios personales	22,94%	0,39%	0,33%	4,12%	0,25%	8,85%	36,88%
02 Servicios no personales	0,91%	0,12%	0,23%	0,92%			2,17%
03 Materiales y suministros	8,40%	0,24%	0,29%	5,20%	0,73%	22,76%	37,62%
04 Bienes de uso	23,09%	0,04%	0,14%	0,03%	0,02%		23,32%
TOTAL	**55,34%**	**0,79%**	**0,99%**	**10,28%**	**0,99%**	**31,61%**	**100,00%**

ANEXO D: INSTITUCIONALIZACIÓN Y CIFRAS PRELIMINARES DE LAS CUENTAS NACIONALES PARA 1996

1. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD

a) Nicaragua institucionalizará la formación de un equipo técnico de cuentas nacionales de Salud, representativas de todos los sectores sustantivos de salud e instituciones normadoras.

b) El ministerio de salud retoma su papel rector dentro de la comisión de CNS, a través de la conformación del comité técnico de CNS, bajo la coordinación de la División General de Planificación y Sistemas de Información, creando una unidad funcional a nivel sectorial de las cuentas naciones de salud, la cual tendrá como responsabilidad la coordinación, organización y evaluación de los procesos de recolección y análisis de la información sobre el financiamiento y gasto de todo el sector salud.

c) El ministerio de salud incorpora dentro de sus políticas las Cuentas Nacionales de Salud. A la vez crea en la Dirección Administrativa Financiera una unidad funcional de CNS, la cual tendrá como responsabilidad la coordinación, organización y evaluación de los procesos de recolección y análisis de la información de ejecución de los fondos presupuestarios y extra presupuestarios (presupuesto fiscal, fondos propios y cooperación externa) del ministerio de salud.

d) Fortalecer el sistema de CNS para la integración progresiva de la información de las instituciones sanitarias del sector público y privado, instituciones formadoras de recursos humanos en salud y aquellas instituciones no gubernamentales que desarrollan acciones en salud.

2. USOS DE LOS RESULTADOS

Para que el sistema de CNS sea utilizado para la toma de decisiones en todos los niveles administrativos del ministerio de salud y de otras instituciones que conforman el sector salud público, se hace necesario una amplia divulgación de los resultados y de los usos de esta información.

Se sistematizará la experiencia adquirida con el desarrollo del proyecto sobre Cuentas Nacionales de Salud.

Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud que permita el reconocimiento tanto del financiamiento como del gasto en salud del sector público y privado a partir del año 1997,

Obtención y análisis anual de las CNS en el ámbito nacional y departamental.

Diseminación de la información de financiamiento y gasto del sector salud a través de diferentes medios de comunicación (página WEB boletines, etc.) a todos los niveles técnicos administrativos del sector salud.

Cuadro E-1
Cuentas Nacionales 1995 (1)
(Millones de Córdobas Constantes)

	Sector Público	Hogares	Total	% Hogar	% Público	Diferencia
1.0 Servicios personales	643,25	227,45	870,70	26,12	73,88	47,75
2.0 Servicios no personales	80,91	-	80,91	0,00	100,00	100,00
3.0 Materiales y suministros	494,42	584,87	1.079,29	54,19	45,81	-8,38
3.1 Medicamento	281,75	564,56	846,32	66,71	33,29	-33,42
3.2 Insecticida	0,07	-	0,07	0,00	100,00	100,00
3.3 Productos Sanitarios	28,88	20,31	49,18	41,29	58,71	17,42
3.4 Varios	183,72	-	183,72	0,00	100,00	100,00
4.0 Bienes de uso	506,02	0,00	506,02	0,00	100,00	100,00
4.1 Equipos Médicos y de Salud	356,24	-	356,24	0,00	100,00	100,00
4.2 Edificaciones y Construcción	149,79	-	149,79	0,00	100,00	100,00
TOTAL	**1.724,61**	**812,32**	**2.536,92**	**80,31**	**319,69**	**239,37**

Cuadro E-2
Cuentas Nacionales 1996 (2)
(Millones de Córdobas Constantes)

	Sector Público	Hogares	Total	% Hogar	% Público	Diferencia
1.0 Servicios personales	764,39	241,35	1.005,74	24,00	76,00	52,01
2.0 Servicios no personales	59,30	0,00	59,30	0,00	100,00	100,00
3.0 Materiales y suministros	405,26	620,62	1.025,87	60,50	39,50	-20,99
3.1 Medicamento	196,70	599,07	795,78	75,28	24,72	-50,56
3.2 Insecticida	0,03	0,00	0,03	0,00	100,00	100,00
3.3 Productos Sanitarios	5,37	21,55	26,92	80,05	19,95	-60,09
3.4 Varios	61,26	0,00	61,26	0,00	100,00	100,00
4.0 Bienes de uso	803,63	0,00	803,63	0,00	100,00	100,00
4.1 Equipos Médicos y de Salud	167,70	0,00	167,70	0,00	100,00	100,00
4.2 Edificaciones y Construcción	635,93	0,00	635,93	0,00	100,00	100,00
TOTAL	**2.032,58**	**861,97**	**2.894,55**	**84,49**	**315,51**	**231,01**

Cuadro E-3
Cuentas Nacionales 1995 (3)
(Millones de Córdobas Constantes)

	Sector Público	Hogares	Total	% Hogar	% Público	Diferencia
1.0 Servicios personales	25,36	8,97	34,33	26,13	73,87	47,74
2.0 Servicios no personales	3,19	0,00	3,19	0,00	100,00	100,00
3.0 Materiales y suministros	19,49	23,05	42,54	54,18	45,82	-8,37
3.1 Medicamento	11,11	22,25	33,36	66,70	33,30	-33,39
3.2 Insecticida	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.3 Productos Sanitarios	1,14	0,80	1,94	41,24	58,76	17,53
3.4 Varios	7,24	0,00	7,24	0,00	100,00	100,00
4.0 Bienes de uso	19,95	0,00	19,95	0,00	100,00	100,00
4.1 Equipos Médicos y de Salud	14,04	0,00	14,04	0,00	100,00	100,00
4.2 Edificaciones y Construcción	5,90	0,00	5,90	0,00	100,00	100,00
TOTAL	**67,98**	**32,02**	**100,00**	**32,02**	**67,98**	**35,96**

Cuadro E-4
Cuentas Nacionales 1996 (4)
(Millones de Córdobas Constantes)

	Sector Público	Hogares	Total	% Hogar	% Público	Diferencia
1.0 Servicios personales	26,41	8,34	34,75	24,00	76,00	52,00
2.0 Servicios no personales	2,05	0,00	2,05	0,00	100,00	100,00
3.0 Materiales y suministros	14,00	21,44	35,44	60,50	39,50	-20,99
3.1 Medicamento	6,80	20,70	27,50	75,27	24,73	-50,55
3.2 Insecticida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3.3 Productos Sanitarios	0,19	0,74	0,93	79,57	20,43	-59,14
3.4 Varios	2,12	0,00	2,12	0,00	100,00	100,00
4.0 Bienes de uso						
4.1 Equipos Médicos y de Salud	5,79	0,00	5,79	0,00	100,00	100,00
4.2 Edificaciones y Construcción	21,97	0,00	21,97	0,00	100,00	100,00
SUB-TOTAL	27,76	0,00	27,76	0,00	100,00	100,00
TOTAL	**70,22**	**29,78**	**100,00**	**29,78**	**70,22**	**40,44**

Cuadro E-5
Comparación Cuentas Nacionales 1995-1996 (1)
(Millones de Córdobas Constantes)

Objeto de Gasto	1995			1996		
	Sector Público	Hogares	Total	Sector Público	Hogares	Total
Servicios personales	643,25	227,45	870,70	764,39	241,35	1.005,74
Servicios no personales	80,91	-	80,91	59,30	-	59,30
Materiales y suministros	494,42	584,87	1.079,29	405,26	620,62	1.025,87
Medicamento	281,75	564,56	846,32	196,70	599,07	795,78
Insecticida	0,07	-	0,07	0,03	-	0,03
Productos Sanitarios	28,88	20,31	49,18	5,37	21,55	26,92
Varios	183,72	-	183,72	61,26	-	61,26
Bienes de uso	506,02	-	506,02	803,63	-	803,63
Equipos Médicos y de Salud	356,24	-	356,24	167,70	-	167,70
Edificaciones y Construcción	149,79	-	149,79	635,93	-	635,93
TOTAL	**1.724,61**	**812,32**	**2.536,92**	**2.032,58**	**861,97**	**2.894,55**

Cuadro E-6
Comparación Cuentas Nacionales 1995-1996 (2)
(Millones de Córdobas Constantes)

Objeto de Gasto	1995			1996		
	Sector Público	Hogares	Total	Sector Público	Hogares	Total
Servicios personales	25,36	8,97	34,33	26,41	8,34	34,76
Servicios no personales	3,19	0,00	3,19	2,05	0,00	2,05
Materiales y suministros	19,49	23,05	42,54	14,00	21,44	35,44
Medicamento	11,11	22,25	33,36	6,80	20,70	27,50
Insecticida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Productos Sanitarios	1,14	0,80	1,94	0,19	0,74	0,93
Varios	7,24	0,00	7,24	2,12	0,00	2,12
Bienes de uso	19,95	0,00	19,95	27,76	0,00	27,76
Equipos Médicos y de Salud	14,04	0,00	14,04	5,79	0,00	5,79
Edificaciones y Construcción	5,90	0,00	5,90	21,97	0,00	21,97
TOTAL	**67,98**	**32,02**	**100,00**	**70,22**	**29,78**	**100,00**

Cuadro E-7
Cuentas Nacionales
Comparación 1995-1996
(Millones de Córdobas Constantes)

Objeto de Gasto	1995					1996					
	Sector Público	Hogares	Total	Pub/Hogar	%	Sector Público	Hogares	Total	Pub/Hogar	%	Dif.
Servicios Personales	643,3	227,4	870,7	2,8	26,1	764,4	241,4	1.005,7	3,2	24,0	(8,1)
Servicios No Personales	80,9	-	80,9	-	-	59,3	-	59,3	-	-	
Materiales y Suministros	494,4	584,9	1.079,3	0,8	54,2	405,3	620,6	1.025,9	0,7	60,5	11,6
Medicamento	281,8	564,6	846,3	0,5	66,7	196,7	599,1	795,8	0,3	75,3	12,9
Insecticida	0,1	-	0,1	-	-	0,0	-	0,0	-	-	
Productos Sanitarios	28,9	20,3	49,2	1,4	41,3	5,4	21,5	26,9	0,2	80,0	93,9
Varios	183,7	-	183,7	-	-	61,3	-	61,3	-	-	
Bienes de Uso	506,0	-	506,0	-	-	803,6	-	803,6	-	-	
Equipos Médicos y de Salud	356,2	-	356,2	-	-	167,7	-	167,7	-	-	
Edificaciones y Construcción	149,8	-	149,8	-	-	635,9	-	635,9	-	-	
TOTAL	**1.724,61**	**812,32**	**2.536,92**	**2,1**	**32,0**	**2.032,58**	**861,97**	**2.894,55**	**2,4**	**29,8**	**(7,0)**