

Sistema de salud de Nicaragua

Jorine Muiser, MC en SS,⁽¹⁾ María del Rocío Sáenz, MC,⁽²⁾ Juan Luis Bermúdez, L en RI.⁽²⁾

Muiser J, Sáenz MR, Bermúdez JL.
Sistema de salud de Nicaragua.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S233-S242.

Resumen

En este artículo se describen las condiciones de salud de Nicaragua y las características de su sistema de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, las actividades de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud, los mecanismos de participación ciudadana en la gestión y evaluación de los sistemas de salud, y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. También se discuten las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan la promulgación de una nueva Ley General de Salud, la descentralización de la regulación de los establecimientos de salud y el diseño de un nuevo modelo de atención a la salud denominado Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Nicaragua

Muiser J, Sáenz MR, Bermúdez JL.
The health system of Nicaragua.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S233-S242.

Abstract

This paper describes the health conditions in Nicaragua and discusses the characteristics of its national health system including its structure and coverage, its financial sources its physical, material and human resources the stewardship functions developed by the Ministry of Health the participation of citizens in the operation and evaluation of the system and the level of satisfaction of health care users. It also discusses the most recent policy innovations, including the new General Health Law, the decentralization of the regulation of health facilities and the design and implementation of a new health care model known as Family and Community Health Model.

Key words: health system; social security; Nicaragua

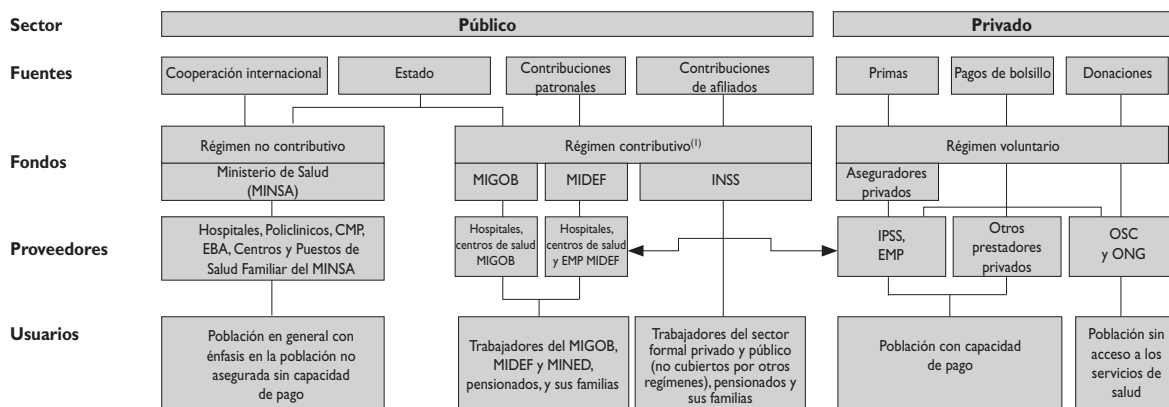
(1) Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

(2) Consultores en Desarrollo, Sociedad y Administración. San José, Costa Rica.

Fecha de aceptado: 18 de mayo de 2011

Solicitud de sobretiros: Jorine Muiser. Apartado postal 12, FECOSA, 1009, San José, Costa Rica.

Correo electrónico: jorine.muiser@gmail.com



CMP: Clínicas Médicas Previsionales
 EBA: Equipo Básico de Atención
 EMP: Empresas Médicas Previsionales
 INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
 IPSS: Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud
 MIDEF: Ministerio de Defensa

MINED: Ministerio de Educación
 MIGOB: Ministerio de Gobernación
 MINSa: Ministerio de Salud
 OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil
 ONG: Organizaciones no gubernamentales
 SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

La Ley General de Salud en Nicaragua establece tres regímenes pilares del Sistema Nacional Único de Salud, el contributivo, el no contributivo y el voluntario. Sus servicios los ofrecen prestadores de los sectores público y privado. El régimen contributivo incluye al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal y sus familiares, y a los Ministerios de Gobernación (MIGOB) y Defensa (MIDEF) que cubren a sus respectivos trabajadores y sus familias. El régimen no contributivo está a cargo del Ministerio de Salud (MINSa) y cubre a los grupos poblacionales sin capacidad de pago. El régimen voluntario sirve a los grupos con capacidad de pago que compran servicios con pago directo y a la población sin capacidad de pago dentro del sector privado sin fines de lucro, que incluye a organizaciones de la sociedad civil (OSC) y no gubernamentales (ONG). En 2008 el INSS cubría 16.5% de la población; el MIGOB y el MIDEF a 6%, y el MINSa a 61.2%. Siguen existiendo grupos importantes de población sin acceso regular a servicios básicos de salud. El MINSa, el MIDEF y el MIGOB cuentan con clínicas y hospitales propios. A través de sus Empresas Médicas Previsionales (EMP), el MIGOB vende servicios al público en general. A partir de 2007 se eliminó esta figura para el MINSa con lo que sus EMP se convirtieron en Clínicas Médicas Previsionales (CMP) que ofrecen todos sus servicios de manera gratuita. El INSS no cuenta con instalaciones propias por lo que compra servicios a las diferentes Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), incluyendo a las CMP, las EMP y organizaciones con y sin fines de lucro. Las CMP y las EMP venden sus servicios al INSS por un pago per cápita. Formalmente todas las IPSS recaen bajo la rectoría del MINSa a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, que son entes descentralizados que operan en los 15 departamentos y dos regiones atlánticas.

Contexto

Demografía

De acuerdo con el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), la población de Nicaragua asciende a 5 668 879 habitantes. Un poco más de la mitad (51%) son mujeres.^{1,2}

Nicaragua está dividida en 15 departamentos que en conjunto componen las regiones del Pacífico y Centro-Norte, y dos Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur. 54% de la población habita en la región del Pacífico, 32% en la Centro-Norte y 14% en la del Atlántico.¹ 56.8% de la población habita en áreas urbanas.³ 69% es mestiza (amerindígena y blanca mezclada), 17% blanca, 9% negra y 5% amerindígena.⁴ La pobreza extrema es mayor en las poblaciones indígenas y en los municipios del Atlántico y fronterizos.¹

Entre 1998 y 2007 la tasa global de fecundidad bajó de 3.9 a 2.7 hijos por mujer en edad reproductiva

con diferencias importantes entre las zonas rurales (3.5) y urbanas (2.2).¹ La tasa de crecimiento de la población es de 1.3%.^{3,5} La esperanza de vida al nacer es de 73.9 años.⁶

La población nicaragüense es relativamente joven. Los menores de 15 años representan 35.8% de la población total mientras que las personas de 65 años y más representan 4.4%.⁵ Para 2050 se proyectan cifras de 20.1 y 14% para estos dos mismos grupos de edad.⁷

Condiciones de salud

La mortalidad general de Nicaragua es de 4.8 por 1000 habitantes.¹ La mortalidad infantil bajó de 42 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 29 en 2008, oscilando entre 34 en las áreas rurales y 24 en las urbanas; y entre 26 en la Región del Pacífico y 43 en la del Atlántico.¹ En los quintiles más pobres la mortalidad infantil llega a ser de 35, mientras que los quintiles más ricos es de 19. La razón de mortalidad materna en Nicaragua es de 170.¹¹

La cobertura de atención al parto por personal calificado en el periodo 2001 -2006/2007 fue de 74% a nivel nacional.¹ La variación regional es alta, con una cobertura de 56% en las áreas rurales y de 92% en las urbanas.

La tasa de incidencia de tuberculosis fue 41.1 por 100 000 habitantes en 2007.⁹ La tasa de prevalencia acumulada de VIH/SIDA fue de 43 por 100 000 habitantes en ese mismo año.⁹ La tasa de dengue clásico fue de 2.5 por 10 000 habitantes y de la de dengue hemorrágico fue de 0.4.⁹ La tasa de malaria fue de 2.4 por 10 000 habitantes.⁹

La prevalencia de diabetes e hipertensión en adultos en Managua se estima en 9 y 25%, respectivamente, mientras que la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad es de 68% en las mujeres adultas y 52.9% en los hombres adultos.¹¹

En los últimos años ha habido en Nicaragua un incremento muy importante de las muertes por enfermedades no transmisibles. En 2004 la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres fueron las enfermedades circulatorias (cuadros II y III). En las mujeres destacan también las muertes por tumores. En los hombres llaman la atención las muertes por causas externas, que concentran 18.8% de las muertes totales.

Estructura y cobertura

El Ministerio de Salud (MINSa) es responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población según la Ley General de Salud 2002. Con el fin de lograr la cobertura universal, se establecieron tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernanza (MIGOB) y Defensa (MIDDEF), que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, y, desde 2007, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del MINSa. Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado.

El MINSa, MIGOB y MIDEF cuentan con instalaciones propias. Con el fin de extender su cobertura de servicios, el MINSa inició un proceso de sectorialización del país en 2008. En principio, cada uno de los 2 225 sectores debe contar, en el futuro, con un Equipo Básico de Atención (EBA) que implementa las acciones e intervenciones definidas en el Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) en colaboración con otros actores sociales, incluyendo los municipios, según el plan local de salud.¹⁵ Un EBA está formado por un médico general y dos recursos de

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, NICARAGUA, 2008

Población total	5 668 579
Esperanza de vida al nacer	73.9
Esperanza de vida a los 60 años	22.0
Tasa de mortalidad general	4.8
Tasa de mortalidad infantil ³	29
Razón de mortalidad materna	170
Prevalencia de diabetes en adultos	ND
Prevalencia de hipertensión en adultos	ND
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	74
Cobertura de vacunación (%)	
BCG (menores 29 meses)	98
Pentavalente (menores 29 meses)	95
MMR (menores 35 meses)	92
OPV3 (menores 29 meses)	95
Esquema completo (menores 29 meses)	85
Población con seguro social de salud	1 073 658
Asegurados activos Régimen Integral Obligatorio	430 633
Asegurados activos Régimen Integral Facultativo	2 253
Beneficiarios de los dos regímenes (cónyuges e hijos)	640 772
Población no asegurada	4 594 921
Población sin acceso a servicios públicos de salud	923 978
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	9.4
Gasto per cápita en salud*	251
Gasto público en salud como % del gasto total en salud	54.6%
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	10.3

Fuente: Referencias 1,2,5,6,8-13

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

enfermería. Sin embargo, actualmente los recursos no dan para cumplir con esta normativa. Cada EBA sirve a una comunidad de 4 500 a 5 000 habitantes en zonas urbanas y a 2 500 a 3 000 habitantes en zonas rurales. El EBA refiere a sus beneficiarios a las instituciones comunitarias y del sector salud, incluyendo la casa base, la casa materna y los establecimientos de la red de MINSa. Una casa base es una institución comunitaria que promueve el autocuidado de la salud e implementa acciones de prevención y asistencia básica de los principales problemas de salud. Una casa materna atiende con personal calificado el embarazo, el parto, al recién nacido y el puerperio de bajo riesgo en mujeres que viven en zonas alejadas de los servicios de salud. También impulsa el autocuidado de la salud. El trabajo de las casas base y materna se desarrolla a través de voluntarios y en coordinación estrecha con las redes de agentes comunitarios, los Puestos de Salud Familiar y Comunitaria, los Centros de Salud Familiar y los hospitales.

Cuadro II
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, NICARAGUA, 2004

<i>Causa</i>	<i>Número</i>	<i>Tasa*</i>	<i>%</i>
1. Enfermedades del sistema circulatorio	1 922	68.1	29.0
2. Tumores	1 085	38.4	16.3
3. Enfermedades transmisibles	538	19.1	8.1
4. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	389	13.8	5.8
5. Causas externas	382	13.5	5.7
6. Signos, síntomas y afecciones mal definidas	295	10.4	4.4
7. Todas las demás enfermedades	2 015	71.4	30.4
Total	6 626	234.7	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 14

Cuadro III
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, NICARAGUA, 2004

<i>Causa</i>	<i>Número</i>	<i>Tasa*</i>	<i>%</i>
1. Enfermedades del sistema circulatorio	2 093	74.7	23.3
2. Causas externas	1 685	60.1	18.8
3. Tumores	851	30.4	9.5
4. Enfermedades transmisibles	710	25.3	7.9
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	596	21.3	6.6
6. Signos, síntomas y afecciones mal definidas	285	10.2	3.1
7. Todas las demás enfermedades	2 733	97.5	30.5
Total	8 953	319.4	100

*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 14

Los establecimientos del MINSA se organizan en forma de red de referencia y se distinguen de la siguiente manera: Puesto de Salud Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Familiar, Hospitales Primarios, Policlínicos, Hospitales Departamentales, Hospitales Regionales (con sus Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología), Hospitales con Servicios de Referencia Nacional y Servicios Nacionales de Tercer Nivel de Atención.

El INSS contrata servicios de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS), tanto del sector público como del privado, certificadas por el MINSA.

En 2007 el gobierno de Nicaragua adoptó un nuevo modelo de atención en salud llamado Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). Los objetivos de este modelo son los siguientes: 1) construir servicios de

salud eficaces, efectivos y eficientes que generen una mejora equitativa de la situación de salud de la población; 2) alcanzar mayores niveles de satisfacción de los usuarios y 3) alcanzar mejoras en el nivel de protección financiera en salud.¹⁶ Los pilares del modelo son la prestación de servicios integrales de salud; la gestión descentralizada y desconcentrada a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y otras modificaciones que incluyen la eliminación del anterior Modelo Previsional de la Salud, la reinstalación de la gratuidad de los servicios del MINSA y el cambio de nombre de las Empresas de Medicina Previsional (EMP) del MINSA por Clínicas de Medicina Previsional (CMP). Diversos documentos señalan la necesidad de buscar fuentes financieras alternativas¹¹ y atraer nuevos recursos ex-

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA NICARAGÜENSE DE SALUD

1955	Promulgación de la Ley de Seguridad Social
1979	Creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS)
1982	Expedición de la Segunda Ley de Seguridad Social
1987	Promulgación de la Nueva Constitución Política
1991	Creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS)
1995	Reforma a la Constitución de 1987 que introduce el Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez
1998	Implantación del Programa de Modernización del Sector Salud 1998 – 2002
2002	Promulgación de la Ley General de Salud
2004	Descentralización de la regulación de establecimientos de salud en los SILAIS y Modelo de Atención Integral de Salud
2008	Diseño de la Política Nacional de Salud

ternos a través del Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) que se creó en 2005 con ese fin.^{17,18} De esta manera se pretende restituir el derecho a la protección de la salud, y reorientar la participación ciudadana de un enfoque 'utilitario' hacia uno de gestión ciudadana de la salud.¹⁰

¿Quiénes son los beneficiarios?

Los beneficiarios del régimen contributivo son todos los trabajadores del sector formal, privado y público, además de sus beneficiarios. En el caso del INSS éstos son el cónyuge en estado de pre y postparto e hijos de hasta 12 años. En la práctica la afiliación obligatoria al INSS se limita a los trabajadores formales que habitan en zonas donde la institución ofrece servicios, particularmente la región del Pacífico. En 2008 más de la mitad de los afiliados del INSS (54.2%) se encontraba en Managua, 7.1% en Chinandega, 5.7% en León, 4.6% en Matagalpa y 4.3% en Masaya.⁸

Los beneficiarios del régimen no contributivo son primeramente los grupos poblacionales sin capacidad de pago y no asegurados. El régimen también implementa acciones de salud pública para toda la población.

El régimen voluntario sirve a la población con capacidad de pago que elige comprar sus servicios de salud directamente al proveedor. También incluye a las ONG y OSC que ofrecen servicios subsidiados a grupos sin capacidad de pago.

El MINSa cubre a 61.2% de la población, el INSS a 16.5%, y el MIGOB y el MIDEF a 6%. Muchos beneficiarios del MINSa complementan los servicios ofrecidos por la institución con los del régimen voluntario. Según la Política Nacional de Salud 2008 (PNS), 35 a 40% de la población aún no tiene acceso a ningún servicio público,

particularmente quienes habitan en la Región Autónoma Atlántico Norte, la Región Autónoma Atlántico Sur, Río San Juan, Jinotega y Matagalpa. La meta del MINSa es cubrir con el régimen no contributivo las necesidades curativas de 65% de la población y ofrecer a toda la población nicaragüense servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.¹⁰

¿En qué consisten los beneficios?

Entre 2002 y 2007 el Sistema Nacional Único de Salud operó con base en el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).¹⁹ Sin embargo, este paquete nunca pudo implementarse. Ahora al PBSS se le llama Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS) y se describe detalladamente en el Manual de Organización y Funcionamiento del Sector 2008.²⁰ Este paquete debe estar al acceso de todos los ciudadanos e incluye acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. Los beneficios se distinguen en tres grupos: a) servicios públicos en salud (acciones de salud pública, vigilancia, fomento y promoción de la salud); b) servicios de protección y prevención en salud y c) servicios para la atención oportuna del daño (recuperación y rehabilitación de la salud).

El Seguro de Enfermedad y Maternidad del INSS garantiza asistencia médica preventiva, curativa y hospitalaria. Para los asegurados activos, el paquete también incluye prestaciones económicas como subsidios de maternidad y lactancia. Para los dependientes se enfoca en servicios dirigidos a la niñez y la salud reproductiva, incluyendo el tratamiento de cáncer de cérvix y mama.²¹ Para estar cubiertos efectivamente, los asegurados activos deben de haber cotizado por lo menos ocho semanas.²² Los MIGOB y MIDEF cubren atención en medicina general, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría.

El MINSa y el INSS también cubren enfermedades de alto costo en función de la disponibilidad de recursos financieros y tecnológicos.

Financiamiento

¿Quién paga?

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

El INSS ofrece el Régimen Integral que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), Invali-

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

El INSS se financia de manera tripartita: el Estado paga 0.25% del salario de los asegurados activos de los Regímenes Integrales. Los empleadores pagan 16 y 10% del salario del trabajador, en los Regímenes Integrales y el IVM/RP, respectivamente. Finalmente, los asegurados activos contribuyen con 6.25% y 4.25% de sus ingresos respectivamente (cuadro IV).

El régimen no contributivo del MINSA se financia con impuestos generales, la venta de servicios al INSS y con recursos de cooperación internacional canalizados principalmente a través de FONSALUD. La asignación de los fondos del MINSA hacia los departamentos y regiones atlánticas se hace a través de 17 SILAIS. Los mismos identifican, en colaboración con los municipios y EBA, las necesidades en recursos financieros en base del perfil epidemiológico, demográfico, socioeconómico y cultural de la población. La asignación de recursos se realiza en base de compromisos de gestión entre el MINSA y el director de cada SILAIS, entre directores de hospital y el MINSA, y entre directores de hospital y directores de SILAIS. Con los contratos los respectivos directores adquieren la obligación de cumplir los

compromisos de producción de servicios, impacto en la salud y satisfacción de usuarios expresados en el Plan Local. El MINSA y SILAIS respectivamente se comprometen a asignar recursos y brindar la asistencia técnica necesaria para lograr las metas.

El INSS compra servicios a las IPSS en forma de un paquete de beneficios establecido por un pago per cápita de US\$ 14 o 300 CO en 2010.²³ El monto per cápita se basa en el número de afiliados que está asignado a cada IPSS y no toma en cuenta el perfil socioeconómico o de salud de los beneficiarios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud de Nicaragua ascendió en 2008 a 9.5% del PIB mientras que el gasto en salud per cápita fue, ese mismo año, de 251 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo).¹² El gasto en salud se ha venido incrementando de manera consistente desde el año 2000 cuando representaba 7% del PIB. El gasto público representa 54.6% del gasto total y el gasto privado el 45.4%. Más del 90% del gasto privado es gasto de bolsillo. Los recursos externos representan 10.3% del gasto total en salud.

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los nicaragüenses?

Se calcula que 10.3% de los hogares nicaragüenses incurren anualmente en gastos catastróficos por atender sus

CUADRO IV
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL INSTITUTO NICARAGÜENSE DE SEGURIDAD SOCIAL
POR RÉGIMENES DE ASEGURAMIENTO

	IVM	IVM	RP	Víctimas de guerra	Total	
Empleador		7,00	1,50	1,50	10,00	
Trabajador		4,00	-	0,25	4,25	
Total		11,00	1,50	1,75	14,25	
	Régimen Integral	IVM	RP	EM	Víctimas de guerra	Total
Empleador		7,00	1,50	6,00	1,50	16,00
Trabajador		4,00	-	2,25	-	6,25
Estado		-	-	0,25	-	0,25
Total		11,00	1,50	8,50	1,50	22,50

IVM= Invalidez, vejez y muerte
RP= Riesgos profesionales

necesidades en salud. Otro 1.6% de los hogares incurren en gastos empobrecedores por las mismas razones.²³ La prevalencia de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores en las zonas rurales son de 15.1 y 2.7%, respectivamente, contra 7 y 0.8% en las zonas urbanas. En el quintil más pobre, las prevalencias de gastos catastróficos y empobrecedores son de 10.3 y 6.8%, respectivamente, contra 6.8 y 0% en el quintil más rico, respectivamente.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

En 2007 el sistema público de salud de Nicaragua contaba con 32 hospitales, 11 de los cuales se encontraban en Managua. De las 4 923 camas hospitalarias con las que contaba Nicaragua en ese mismo año, 1 596 se encontraban en la capital.² El número de camas hospitalarias por 10 000 habitantes en 2007 era de 10.⁶

La red del MIGOB cuenta con 20 puestos de salud: 17 establecimientos para atención especializada que ofrecen consulta general, odontología, atención prenatal y exámenes rutinarios de salud, y 3 hospitales para diagnósticos, cirugías y rehabilitación, todos dispersos sobre los 17 departamentos y regiones autónomas.²¹

La red del MIDEF cuenta con nueve puestos médicos, 11 puestos de salud y un hospital, incluyendo una EMP que vende servicios al INSS y a la población en general.²¹

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En 2007 había en Nicaragua 2 404 médicos, 854 de los cuales trabajaban en Managua.² Esto arroja una razón de 0.4 médicos por 1000 habitantes. De las 2 440 enfermeras profesionales con las que cuenta el país, 709 trabajan en Managua.² Esto arroja una razón de 1.1 enfermeras por 1 000 habitantes.

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

En 1995 se creó el Colegio de Médicos y Cirujanos de Nicaragua, que desarrolla el código de ética de la pro-

fesión médica, promueve el desarrollo científico-técnico de los médicos, y defiende los derechos profesionales del gremio médico.²³ El Colegio de Enfermeras nació en 1972 cuando se renombra la Asociación de Enfermeras de Nicaragua establecida en 1949.²⁴

¿Cuál es el nivel de acceso a los medicamentos?

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

Rectoría

¿Quién pone en orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Según la Ley General de Salud de 2002, el MINSa es el rector del sector salud y responsable de elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas y formular las políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos. El sector salud abarca a todas las instituciones, organizaciones, personas, establecimientos, tanto públicos como privados, cuyo objetivo principal es la atención de la salud. Todas las IPSS públicas y privadas deben ser certificadas por el MINSa y están obligadas a prestar servicios de atención de emergencia a quien lo necesite de manera inmediata e incondicional. Los principios básicos que rigen el sector salud y por tanto la rectoría del MINSa son la gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad, responsabilidad de los ciudadanos.

El MINSa como regulador se enfoca en acciones relacionadas a la emisión de normas y criterios, la habilitación de establecimientos, la regulación de alimentación y farmacéuticas, la formulación de requisitos para donaciones y brigadas médicas internacionales, y el registro de profesionales y dispositivos médicos, entre otras cosas. A través de los 17 SILAIS implementa una gestión descentralizada. Las principales funciones de los SILAIS son organizar y articular a las unidades de primer y segundo nivel en su territorio; aplicar el marco regulador; vigilar la salud pública; gestionar los recursos y establecimientos; controlar el aseguramiento de la atención; y fomentar la participación ciudadana en salud.¹⁰

Desde 2000, la OPS, en conjunto con diferentes actores nacionales, monitorea en todos los países de la

región el comportamiento de las autoridades sanitarias utilizando 11 indicadores de desempeño llamados Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Según las evaluaciones de 2001 y 2008, la aplicación del marco regulatorio en Nicaragua es débil.^{21,25}

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

El MINSA y sus respectivos SILAIS, a través del Sistema Nicaragüense de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN), son responsables de la vigilancia de las actividades que impactan la salud. Las fuentes de información para la vigilancia epidemiológica en cuya base opera el SISNIVEN son varias y de multinivel. Los datos fluyen desde las comunidades, Casas Base y Puestos de Salud hacia los centros de salud y hospitales, para, a través de los SILAIS, llegar a los programas de la Dirección General de la Vigilancia del MINSA. El tipo de información que se usa incluye el registro de las IPSS, los resultados de laboratorios de microbiología y análisis clínico-patológico y la información producida por agentes comunitarios. El SISNIVEN está en un proceso de automatización de los procesos de análisis de información y transmisión de datos y de capacitación con el fin de ganar oportunidad y calidad en la información.²⁶ El MINSA, con esta información produce, entre otros informes, boletines epidemiológicos semanales.

¿Quién evalúa?

Dentro del MINSA, la Dirección Superior y la Dirección General de Planificación y Desarrollo son responsables de la evaluación de las acciones en salud. La PNS 2008 enfatiza la importancia de la participación de los municipios y comunidades en los procesos de evaluación. Según la PNS 2008, el MINSA debe implementar dos evaluaciones extensas en el actual periodo de gobierno, una en el tercer año y otra antes de finalizar.¹⁰

El MINSA a través de sus SILAIS regula y supervisa la implementación de auditorías de calidad de la atención médica. Se trata de auditorías internas que complementan las actividades de evaluación de la PNS 2008. Se definen como evaluaciones sistemáticas y retrospectivas, y se realizan a través del análisis del expediente clínico, inspección in situ, entrevistas y otros mecanismos legalmente aceptados.²⁷ En 2008, se realizaron 88 auditorías de 176 solicitadas. Las debilidades encontradas incluyen problemas de comunicación en los diferentes niveles de atención con la familia y los pacientes; incumplimiento de las normas y protocolos establecidos para la atención de los diferentes padecimientos, y problemas de actitud de los profesionales de la medicina en las diferentes

categorías (médicos generales, residentes, especialistas) que genera mal trato a los pacientes y sus familiares.²⁸

El desempeño del sistema de salud nicaragüense también se ha evaluado midiendo las FESP. Entre 2001 y 2008 todas estas funciones mostraron mejorías, excepto el monitoreo, análisis y evaluación de la salud de la población y la vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública (cuadro V).²⁵

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación ciudadana es constitucional en Nicaragua. Para el actual gobierno la participación ciudadana en los sectores salud, educación, agua, producción, energía e infraestructura es una prioridad.¹⁰ Esta participación se implementa a través de los Consejos del Poder Ciudadano en la Gestión Pública. En 2007 se adoptó también la Ley de Acceso a la Información Pública que, de manera formal, promueve el acceso público a la información y exige transparencia en sus operaciones a las instituciones públicas y privadas.²⁹

Con respecto específicamente al sector salud, la participación ciudadana se define en la Ley General de Salud y en la PNS 2008. Se organiza a nivel municipal y comunitario a través de los Consejos de Salud y los Comités de Desarrollo Comunitario, entre otros, y se realiza mediante acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en conjunto con las municipalidades y los EBA. Además se promueve por vía de las Jornadas de Análisis y Balance (JABA), cuyo objetivo es rendir cuentas ante la ciudadanía y planificar e identificar prioridades en salud y necesidades financieras. Las primeras JABA se desarrollaron en julio 2008 en todos los departamentos y regiones autónomas, y en ellas participaron, según informes, más de 10 000 personas representantes del sector salud y la sociedad civil.³⁰

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios se expresa en los espacios de participación ciudadana en la gestión de salud y en los niveles locales. Se mide a través de las evaluaciones del MINSA. En los contratos entre MINSA y las EMP y en los compromisos de gestión entre MINSA y sus hospitales, el número de reclamos presentados por los usuarios de esas IPSS es uno de los indicadores de evaluación. La satisfacción de usuarios también puede expresarse en las auditorías de calidad de las IPSS.

Cuadro V
RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA, NICARAGUA, 2001 Y 2008

	2001	2008
1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población	0.62	0.47
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0.73	0.62
3. Promoción de la salud	0.50	0.70
4. Participación de los ciudadanos en salud	0.53	0.71
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0.49	0.83
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0.44	0.74
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios	0.60	0.79
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0.36	0.65
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva	0.14	0.25
10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública	0.36	0.33
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0.67	0.99

Fuente: Referencia 25

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implementado?

Las innovaciones recientes del sistema nicaragüense de salud más importantes son la Promulgación en 2002 de la Ley General de Salud; la puesta en marcha del proceso de descentralización de la regulación de los establecimientos de salud, y el diseño de un nuevo modelo de atención en salud que busca ofrecer servicios de salud efectivos y eficientes, mayores niveles de satisfacción de los usuarios y un mejor nivel de protección financiera en salud.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Aún es temprano para evaluar el impacto de las más recientes innovaciones. Sin embargo, el Informe de Gestión Institucional 2008 del MINSA reporta avances en la sectorialización del país y la instalación de 849 equipos de salud familiar y comunitaria; incrementos en la utilización de los servicios, debidos, entre otras cosas, a su gratuidad, y el inicio del proceso de visitas domiciliarias y de 'dispensarización' de la población con el fin de identificar grupos aparentemente sanos, en riesgo, enfermos y con discapacidades para la programación de los servicios. Estas innovaciones, además, se han asociado a un incremento relativo del gasto público en salud.³⁰

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Los retos más grandes que enfrenta el sistema de salud nicaragüense son la pobreza, la inequidad social y geográfica y la relacionada inequidad en salud, además de la falta de recursos públicos para lograr la cobertura universal en salud de manera equitativa y la implementación de la nueva normativa. La promulgación de la Ley General de Salud y el restablecimiento del régimen no contributivo constituyen avances importantes. Sin embargo, siguen faltando recursos asignados al sector salud que se requieren para efectivamente implementar la nueva normativa.

Otros de los retos que deberá enfrentar el sistema de salud de Nicaragua son el fortalecimiento de su sistema de información, la participación ciudadana, la rendición de cuentas y la transparencia.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
2. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Anuario 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/index.htm>
3. Pan American Health Organization. Regional Core Health Data Initiative. Technical Health Information System [consultado 2010 octubre

- 11]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
4. Central Intelligence Agency. World Factbook [consultado 2010 mayo 7]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/nu.html>
5. World Bank. Data countries. Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/nicaragua>
6. WHO. Global Health Observatory [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/>
7. US Census bureau [consultado 2011 octubre 11]. Disponible en: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/country.php>
8. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Anuario Estadístico 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=8&Itemid=37
9. Ministerio de Salud. Compendio Estadístico 2006 – 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/compendio/index.html>
10. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/politica.htm>
11. WHO. WHO Global InfoBase: Data for Saving Lives. Country Page, Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?iso=NIC&rid=111&goButton=Go>
12. WHO. National health accounts. Nicaragua [consultado 2011 mayo 17]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/nic.pdf>
13. Mendéz O, Arreola-Ornelas H, Aguilar AM. Gastos catastróficos por motivos de salud en Nicaragua con base en datos de la Encuesta de Medición de Nivel de Vida 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, International Development Research Centre, 2010.
14. Ministerio de Salud. Principales causas de muerte 2004 por grandes grupos, total y según sexo [consultado 2011 mayo 17]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/ind2005/images/muertes_big.gif
15. Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios [consultado 2010 el 11 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Ministerio%20de%20Salud%20Desarrollo%20Prospectivo%20de%20la%20Red%20de%20Servicios.pdf>
16. Ministerio de Salud. Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf/Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf
17. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Guía de Implementación del MAIS [consultado 2010 mayo 7]. Disponible en: <http://mshnic.org.ni/home/biblioext/mais/2007/guiamais.pdf>
18. Ministerio de Salud. Manual del Funcionamiento del Fondo Nicaragüense para la Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/coop/2010/archivos/Manual_Funcionamiento_fondo_nic.pdf
19. Ministerio de Salud. La Ley No. 423. La Ley General de Salud [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/lgs_423.pdf
20. Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector [consultado 2010 octubre de 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/mosaf.html>
21. OPS. Perfil de los sistemas de salud. Nicaragua. Monitoreo y evaluación de los procesos de cambio y reforma [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_content&task=view&id=3263&Itemid=3317&lang=es
22. Instituto Nicaragüense del Seguro Social. Seguro de Enfermedad y Maternidad [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=7:enfermedad-y-maternidad&catid=2:seguros&Itemid=34
23. El Nuevo Diario. Sólo las EMP del MINSA remiten a Salud Pública [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/71767>
23. Ley de Creación del Colegio de Médicos y Cirujanos [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://www.euram.com.ni/pverdes/articulos/Ley_de_colegio_medicos_cirujanos_ed121.htm
24. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Enfermería. Historia de la enfermería en Nicaragua [consultado el 11 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc/04.pdf>
25. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Resultados del II Taller Nacional de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Nicaragua [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Mae7TGX4e8c:new.paho.org/hss/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc-%20Nicaragua%20Vigilancia.pdf
26. Proyecto Mesoamericano de la Salud [consultado 2010 julio 18]. Disponible en: <http://www.proyctomesoamerica.org/documentos/07.1%20-%20Nicaragua%20Vigilancia.pdf>
27. Ministerio de Salud. Norma de la Auditoría de la Calidad de la Atención Médica [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/regulacion/normas/N-005-AuditoriaCalidadAtencion.pdf>
28. Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>
29. Asamblea Nacional. Ley de Acceso a la información pública, Ley No. 621, Aprobada el 16 de Mayo del 2007 y publicada en La Gaceta No. 118 del 22 de junio del 2007 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://oaip.cancilleria.gob.ni/documentos/alegal/ley621.pdf>
30. Ministerio de Salud. Informe de Gestión Institucional 2008 [consultado 2010 octubre 11]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/planificacion/Infgest/InfGestInstl2008.pdf>