

Aspectos críticos del proceso de Reforma y Modernización en el sector salud en Nicaragua



Abraham Rossman

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

Larry Valladares

Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua

Managua, Hospital Militar, 1c. Norte

Director : Lic. Berthold Leinbach
Apdo. Postal : 2050
Teléfonos : 00 505 266 8505-06
Fax : 00 505 266 8508
Correo electrónico : info@fesnica.org.ni

Diseño & Impresión:

Edtronic, S. A. / Tel. 254 5412 - Telefax: 222 5461 - Cel. 088 22586
500 ejemplares

Noviembre del 2003

Primera Edición

©Fundación Friedrich Ebert/Larry Valdarens, Abraham Rossman, Managua, Nicaragua.

Reservados los derechos conforme a la ley.

El material publicado es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no refleja necesariamente el pensamiento de la Fundación Friedrich Ebert.

La publicación puede ser consultada en nuestro sitio web: www.fesnica.org.ni.

Se admite la reproducción parcial o total del trabajo a condición de que sea mencionada la fuente y se haga llegar copia al editor.

Coordinación editorial : Lic. Ordina Olivas Paz / olivas@fesnica.org.ni
Colaborador : Ing. Juan Carlos Ros Zamora

Esta publicación se edita como resultado del proyecto de investigación aplicada
"La política de salud en Nicaragua", llevado a cabo en Managua por la Fundación Friedrich Ebert.

Presentación

Presentación

Con el propósito de darle seguimiento a los progresos experimentados en la modernización del Sector Salud en Nicaragua y evaluar la continuidad del programa de evaluación de las políticas públicas en salud, la Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua apoyó la realización de un estudio llevado a cabo por los investigadores Dr. Larry Valladares y Dr. Abraham Rossmann, en el cual se sintetizan los aspectos más relevantes del desarrollo del proceso modernizador de los dos grandes componentes de la salud, como son: el Ministerio de Salud (MINSa) y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).

El estudio se sustentó básicamente en las debilidades todavía vigentes en el Sector y que fueron expresadas por el mismo personal de los SILAIS, hospitales del MINSa, Empresas Médicas Previsionales y funcionarios del INSS que participaron en talleres separados, con apoyo de la Fundación Friedrich Ebert en el curso del año 2002. Las debilidades más relevantes encontradas en los FODAS respectivos, fueron retomados por los expertos como marco de referencia para hacer sus análisis, comentarios y eventualmente formular recomendaciones.

La intencionalidad del estudio era propiciar una reflexión técnica, seria y profesional por un reducido grupo de expertos cuidadosamente seleccionados y que se han visto identificados e involucrados sobre los resultados de diversas políticas de salud, en este caso del proceso de reforma y modernización del sector salud a fin de proporcionar los insumos necesarios a los diversos actores, especialmente al nivel directivo del MINSa y del INSS que les permitiera re-orientar la toma de decisiones en beneficio de la salud de la población nicaragüense.

Siguiendo la política de la Fundación Friedrich Ebert, subsecuentemente, el documento presentado por los investigadores fue sometido a validación por expertos en la materia, en un seminario convocado por la Cámara de Empresas Médicas Previsionales y PROFAMILIA como contrapartes de la Fundación. Dicho seminario se llevó a efecto el día 31 de julio del 2003, en el Salón La Vista del Centro de Convenciones del Hotel Intercontinental Managua y contó con la participación de representantes de las siguientes Entidades:

1. Ministerio de Salud (MINSa).
2. Comisión de Salud de la Asamblea Nacional de Nicaragua.
3. Cámara de Empresas Médicas Previsionales (CEMP).
4. PROFAMILIA.
5. Asociación Nicaragüense de Salud Pública (ANSAP).
6. Escuela de Salud Pública de Nicaragua (CIES).
7. Asociación Médica Nicaragüense (AMN).
8. Programa de Modernización del Sector Salud del MINSa.

Se debe consignar especialmente la presencia del Presidente de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional y de dos asesores médicos de dicha Comisión en el seminario.

Los expertos debatieron sobre los alcances de las reformas y los principales aspectos claves para contribuir a la Modernización del Sector Salud en Nicaragua, usando las modalidades de presentaciones de ponencias con los puntos de vista de las diferentes entidades participantes además de las de los autores del estudio (hubo presentaciones de la UCP del PMSS del MINSa, de la CEMP, y de PROFAMILIA) y posteriormente en la forma de grupos de discusión de expertos.

Merecen destacarse los aspectos de discusión más relevantes del Seminario, las que se describen a continuación:

1. Se considera necesario revisar con más detenimiento que tan eficiente ha sido la reforma del sector salud de Nicaragua, sobre la base de analizar el comportamiento de los principales indicadores que miden el impacto en la situación de salud de la población, tales como la mejoría del acceso de la población a los servicios de salud, o el grado de avance logrado en la democratización de la gestión en salud. Este análisis debe tratar de discriminar claramente en que medida la modificación de los indicadores puede ser atribuible a las acciones de reforma y en que medida esta modificación de los indicadores se realiza en forma independiente de la reforma.
2. Hay coincidencia en que el objetivo que mejor se ha conseguido con las acciones de reforma del sector salud, ha sido el de trasladar los costos de la atención médica del Estado a la población. Tristemente la privatización del gasto en salud, aunque ha disminuido la enorme carga que tenía el Estado, no ayuda a contener el deterioro de la situación de salud de la población.

3. Se considera que la idea de que la retracción del Estado debía hacer en la medida en que el sector privado de la salud se fortaleciera asumiendo aquellas funciones que podía ejecutar en forma más eficiente que el Estado, no se ha logrado en la forma prevista. Hay muchas evidencias de que el sector privado no se ha fortalecido en forma suficiente y homogénea. Aparte de las distribuidoras farmacéuticas y de las Empresas Médicas Previsionales el resto de subsectores del sector privado de la salud, más bien parecen haber sido deprimidos por las acciones de reforma.
4. En base a lo antes señalado no se considera apropiada la lógica de reducir la prestación de servicios del Modelo Previsional del INSS, a unos cuantos hospitales por cuanto camina en la dirección contraria de fortalecer al sector privado al eliminar a empresas que más bien deben ser impulsadas a fortalecerse y mejorarse. La competitividad necesaria para mantener la calidad del Modelo de Salud Previsional en vez de incrementarse se reducirá, reduciendo la libertad de elección del asegurado al INSS.
5. Es necesario ver los espejos de las realidades de los procesos de reforma ejecutados por otros países antes que Nicaragua, para no cometer los mismos errores que ellos cometieron. Se debe mejorar la conceptualización de las formas en que las ideas de mercado libre pueden ser incorporadas a la prestación de servicios de salud pública o de la seguridad social, para no producir una mezcla de procesos contradictorios o incompatibles.
6. Ha resultado muy evidente que el programa de modernización del sector salud en Nicaragua ha sido conducido principalmente por los Bancos Internacionales siendo insuficiente la dirección que debían haber llevado a cabo las Instituciones Estatales. Por ello se considera muy importante este tipo de discusiones y estudios pues están dirigidos a ayudar a nuestros principales funcionarios a ejercer su autoridad y asumir la dirección del proceso firmemente y con objetivos de Nación.
7. Se considera que las acciones de reforma van más allá de las acciones que desarrollan las Unidades Coordinadoras del Programa de Modernización del Sector Salud (UC-PMSS) tanto del MINSA como del INSS. Las acciones de Reforma involucran a las autoridades tomadoras de las grandes decisiones y por tanto hay que incidir en estas autoridades para ayudar a superar las debilidades señaladas y reconocidas hasta la fecha.
8. Se reconoce como positiva la apertura del MINSA para convocar a los diferentes actores relevantes para la salud, a la discusión de lo que serán las líneas y políticas de los próximos 15 años en el MINSA y en el Sector Salud. Se considera importante que las entidades participantes en este seminario logren el adecuado consenso para hablar un mismo idioma y apuntalar adecuadamente las recomendaciones que se consideran deben ser parte de estas nuevas líneas y políticas en salud.
9. Se discutió ampliamente la necesidad de obtener resultados positivos en el esfuerzo de avance del proceso de modernización del Sector Salud y que las recomendaciones realizadas por los ponentes, sean tomadas en consideración por las altas autoridades del MINSA y del INSS, y se sometieran a nuevas discusiones por expertos de ambas instituciones de salud.

Finalmente se llegó a las siguientes conclusiones:

- a) El grupo de expertos asistentes avaló el documento elaborado por los Doctores Rossman y Valladares. Se consideró que el documento aporta un marco de referencia con elementos relevantes para revisar aspectos críticos de los procesos de reforma que impulsan tanto el MINSA como el INSS. Otro aspecto positivo del documento es que deja abierta la discusión y aporta los insumos -valederos- que pueden ser tomados en consideración por los expertos en salud para profundizar y mejorar el proceso actual de reforma y modernización.
- b) En consecuencia se consideró oportuno que se le diera seguimiento a las propuestas elaboradas sobre modernización y que la Cámara de EMP, la Asociación Médica Nicaragüense y PROFAMILIA retomaran el tema en esfuerzos separados, con el objetivo de replicar la información e interesar cada vez mas a grupos mayores, tomando en cuenta siempre a los expertos del MINSA y del INSS. Se recomendó que se hicieran actividades separadas de las instituciones arriba mencionadas.
- c) Además se recomendó que la Cámara de EMP, ANSAP, PROFAMILIA, AMN, y el CIES, como entidades independientes, nombraran uno o dos delegados, para solicitar un audiencia con el Ministro de Salud y la Presidenta Ejecutiva del INSS a fin de plantear las inquietudes, para intercambiar puntos de vista sobre la Modernización e incidir en un proceso que potencialice las funciones de esas instituciones.

Contenido

Contenido

I	Consideraciones Generales.....	Pág. 7
II	Antecedentes de la Reforma del Sector Salud.....	pág. 8
III	Debilidades del MINSA	pág. 10
3.1	FODA SILAIS	pág. 10
3.2.	FODA Hospitales.....	pág. 10
3.2.1.	Debilidades principales.....	pág. 10
3.2.2.	Otras debilidades señaladas	pág. 11
3.3.	Debilidades Comunes de Relevancia	pág. 12
3.3.1.	Centralización y burocratización	pág. 12
3.3.2.	Insuficiente Financiamiento sectorial.....	pág. 13
3.3.3.	Red de Servicios desordenada y débil	pág. 14
3.3.4.	Aspectos legales no superados.....	pág. 15
3.3.4.1.	Otros señalamientos críticos.....	pág. 16
3.3.4.2.	Indefinición de la Función Rectora	pág. 17
3.4.	Recomendaciones Generales para el MINSA.....	pág. 17
3.4.1.	Redefinir el perfil operativo del MINSA.....	pág. 17
3.4.2.	Enfatizar algunos aspectos del Programa de Mejoramiento del Sector Salud (PMSS)	pág. 17
3.4.3	Dar coherencia al fortalecimiento de la función rectora del MINSA.....	pág. 17
3.4.4.	Fortalecimiento de la Red de Salud.....	pág. 18
3.4.5.	Someter a discusión el rol de los SILAIS.....	pág. 19
3.4.6.	Revisión del Consejo Nacional de Salud.....	pág. 19
3.4.7.	Replanteamiento de la Comisión de Habilitación y de la Comisión de Acreditación	pág. 19
3.4.8.	Comité multidisciplinario contraparte de la UC-PMSS	pág. 20

IV	Debilidades en el INSS.....	pág. 20
4.1.	FODA del modelo de Empresas Médicas Previsionales.....	pág. 20
4.2.	Ampliación de las principales debilidades	pág. 21
4.2.1.	La baja cobertura poblacional.....	pág. 22
4.2.2.	Debilidad jurídica del sistema	pág. 23
4.2.3.	Pobre identificación de necesidades y asignación de recursos.....	pág. 23
4.2.4.	Insuficientes servicios en la canasta de prestaciones.....	pág. 23
4.2.5.	Insuficiente Desarrollo Institucional en el INSS	pág. 24
4.2.5.1.	Decisiones que dificultan la consolidación del modelo.....	pág. 24
4.2.5.2.	Falta de Recursos Técnicos y de Materiales.....	pág. 25
4.2.5.3.	Insuficiente sistema de información	pág. 25
4.2.6.	Persistencia de EMP con baja capacidad resolutive	pág. 26
4.2.7.	Falta de Proyección de Largo Plazo	pág. 26
4.2.7.1.	Carácter Anual del Seguro de Enfermedad-Maternidad.....	pág. 26
4.2.7.2.	Problemas de Financiamiento de Eventos Médicos Catastróficos	pág. 27
4.2.8.	Falta de Transparencia del Mercado	pág. 27
4.3.	Recomendaciones Generales para el INSS.....	pág. 28
4.3.1.	Extensión de la Cobertura Poblacional.....	pág. 28
4.3.2.	Reducción de la debilidad jurídica del sistema.....	pág. 29
4.3.3.	Incremento de servicios en la canasta de prestaciones	pág. 30
4.3.4.	Acciones para la reducción real de las exclusiones	pág. 31
4.3.5.	Reformas al Programa de Enfermedad-Maternidad (EM).....	pág. 32
4.3.6.	Reforma en Riesgos Profesionales	pág. 34
4.3.7.	Reforma a la Administración del INSS	pág. 34
4.3.8.	Revisión del papel del PMSS del INSS.....	pág. 36
4.3.9.	Establecer una metodología estándar de cálculo del per cápita.....	pág. 37
4.3.10.	Perfeccionar el proceso de Certificación	pág. 38
4.3.11.	Incremento de coordinaciones con el MINSAs.....	pág. 39
4.3.12.	Fortalecimiento de las relaciones contractuales	pág. 39
4.3.13.	Mejoramiento de las relaciones con el gremio médico	pág. 40
	Bibliografía.....	pág. 41

Aspectos Críticos del Proceso de Reforma y Modernización en el Sector Salud en Nicaragua

Desde el Debate una Contribución para sus avances

Dr. Abraham Rossman - Dr. Larry Valladares

I

Consideraciones Generales

Tanto el Ministerio de Salud Pública de Nicaragua (MINSa) como el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), son los dos componentes más importantes en salud del Sector Público. Para incluirse con éxito a los esfuerzos de modernización del Estado, uno de sus ejes fundamentales es el cambio del concepto de una democracia representativa por el de una democracia participativa, en la que los diferentes actores sociales afines, se incorporan activamente en la toma de decisiones de tal manera que los resultados sean coherentes con la satisfacción de las necesidades más apremiantes de la población vulnerable.

Además de lo anterior, hay otro tipo de cambios que vienen produciéndose en los proyectos de reforma del Sector y que en términos generales son la separación de las funciones de administración, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, así como su adjudicación a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas.

Aproximadamente, desde 1992-1993, el Estado nicaragüense ha mostrado una firme determinación para modernizar todo el Sector Público y ha introducido los cambios estructurales y operativos necesarios que propicien las condiciones para modernizar el Sector Salud. En este orden, el comportamiento dinámico del MINSa ha sido diferente al del INSS, ya que este último avanzó substancialmente más rápido y su liderazgo se

evidenció desde las postrimerías de 1993, al ejecutar y poner en acción cambios drásticos en su estructura institucional como en sus planes de ejecución de iniciativas de impacto social, que se tradujo en la restitución del derecho de los asegurados y sus dependientes para recibir una atención en salud de calidad, asociado a un trato personal con dignidad. Todos estos cambios, a riesgo de ser interrumpidos ante el reto que planteó el INSS a las disposiciones constitucionales de entonces. En esa primera etapa, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ejerció un rol importante. Subsecuentemente el Banco Mundial.

Desde 1993 el MINSa expresa reiteradamente sus intentos de modernización y que en una sucesión accidentada de consultorías se concretiza en la firma de un convenio de compromisos mutuos entre el Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia de Cooperación Noruega (NORAD) y el MINSa que aportan 85.8 millones de dólares para ser desembolsados en un período de cuatro años y cuya fecha de término es diciembre del 2003. Una parte proporcionalmente baja del financiamiento fue asignada al INSS.

Entre las agencias de cooperación externa, debe destacarse la oportuna contribución de la Fundación Friedrich Ebert, que ha propiciado las condiciones para mantener el interés de la modernización de la salud a través de seminarios, análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) y publicaciones, que han sido aportes valiosos que contribuyen a fijar el tema en su justa dimensión.

Dentro del programa de evaluación de las políticas públicas en salud, la Fundación Friedrich Ebert

realizó, en el mes de octubre del 2000, tres talleres regionales con los SILAIS de Masaya, Carazo y Boaco, concluyendo con un taller nacional de expertos del Sector y funcionarios del MINSA. Dentro del mismo enfoque, la Fundación promovió otro análisis con los Hospitales Públicos en el mes de noviembre del 2001, realizando dos talleres preliminares en los hospitales Lenín Fonseca de Managua y el Hospital Regional de Carazo, culminando los eventos, con un taller nacional de expertos y funcionarios del Sector Salud.

Posteriormente, en el mes de marzo del año 2001 se realizó otro esfuerzo similar para estudiar el modelo de las Empresas Médicas Previsionales, llevando a cabo tres talleres preliminares en entidades particulares: Hospital Alemán-Nicaragüense, Zona Franca y Salud Integral. Luego cerró el ciclo con un taller nacional de expertos y funcionarios del sector salud, en el que participaron funcionarios de base, equipos técnicos, expertos y directivos del sector, especialmente, del INSS y de la Cámara de las EMP de Nicaragua.

Básicamente, este documento se estructura presentando únicamente las debilidades percibidas en esos eventos, por el personal de los componentes más fuertes del MINSA, y del INSS, para mostrar y descubrir las que se repiten en dichos análisis y las otras más importantes que son específicas para cada caso. Finalmente, los autores comentan sobre las debilidades coincidentes en los diferentes eventos y que aún tienen vigencia, para concluir con sus recomendaciones.

Este documento que la Fundación Friedrich Ebert ha preparado, pretende servir a los expertos nacionales que han sido invitados a este Seminario lo utilicen como material de consultas, que complemente las experiencias presentadas en las conferencias de las distintas instituciones invitadas y que se traduzcan en conclusiones y recomendaciones tangibles y realistas para lograr el avance en la modernización del sistema de salud nicaragüense.

II

Antecedentes de la Reforma del Sector Salud

Las reformas del Sector Salud de la década de los 90 asimilaron las tendencias de Reforma en América Latina. La redefinición del rol del Estado en el mundo, estaba orientada a una administración pública más pequeña, descentralizada y actuando en sociedad con el sector privado⁷. Dentro del nuevo contexto el gobierno buscaba delegar en el sector privado y en los departamentos o municipalidades aquellas competencias en las cuales era menos eficiente y eficaz, reteniendo solamente aquellas funciones que son indelegables y que le competen por su naturaleza misma.

El fracaso del Estado de las décadas anteriores, tanto en la promoción del desarrollo como en la lucha contra la pobreza, obligaba a cambiar el enfoque predominante, que orientaba fortalecer al Estado, por uno completamente diferente en el que el Estado debía ser disminuido delegando las funciones que otros sectores, como el privado, ejecutaban con mayor eficiencia²¹.

En el sector económico el nuevo enfoque se tradujo en la privatización de entes autónomos del Estado. Para el caso de la salud, se comenzó el proceso de separar el financiamiento, de la provisión de los servicios de salud, intentando redefinir el espacio propio que le corresponde a la Salud Pública desligándola de los servicios que pueden ser provistos más eficazmente por el mercado.

Dos documentos delinearon los cambios que se intentaban introducir: el Plan Maestro de Salud 1991-1996¹⁵ y la Política Nacional de Salud 1997-2002¹⁶. Estos documentos fueron el referente de las dos fases que se pueden observar en el proceso de Reforma en Nicaragua, cada una de las cuales tuvo su propia dinámica.

El modelo aplicado en Nicaragua respetaba los siguientes principios:

1. El Estado debe ejercer las funciones esenciales de Salud Pública y su competencia permanente debe ser regular los servicios de salud y garantizar con recursos propios solamente la provisión de *servicios de beneficio común y de altas externalidades* para los sectores más pobres.
2. Los gobiernos deben garantizar que toda la población tenga acceso a servicios de salud de una forma que sea equitativa y eficiente.
3. Las regulaciones del Estado deben ser lo más simples posibles, eliminando trámites innecesarios y confiando en la buena fe de los actores. Las Leyes deben regular derechos, deberes, formas globales de organización, fuentes de financiación, competencias y conductas generales, pero las normas técnicas que regulan procedimientos, protocolos y guías de operación deben ser reguladas por instrumentos más flexibles como las circulares y los instructivos.
4. Las decisiones que afectan el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios privados de salud pueden ser delegadas y tomadas colegiadamente.
5. Los gobiernos deben regular los mercados de servicios de salud por la existencia de altas externalidades y asimetría de la información.

En 1997, el Ministerio de Salud planteó en su Política Nacional de Salud para el Quinquenio 1997–2002, la necesidad de acoplar el sector, al programa de modernización del Estado, proyecto que puso en marcha en 1998²¹. Dicho programa incluía las políticas descritas a continuación:

- Completamiento y modernización del marco jurídico, que tuvo dos productos relevantes: la Ley de Medicamentos y Farmacias y la Ley General de Salud.
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud y de la atención hospitalaria, centrado en la reposición de

equipos obsoletos y en la reorganización de las estructuras administrativas.

- Desarrollo de nuevas estrategias en salud pública dirigidas al fortalecimiento de la atención primaria en salud, al fortalecimiento de la lucha antiepidémica y al establecimiento de un paquete básico de servicios.
- La modernización de la Seguridad Social que produjo el resultado más relevante de la Reforma, consistente en la creación de las Empresas Médicas Previsionales y la modificación del régimen de administración de pensiones.
- La formación y regulación de los recursos humanos.
- El mejoramiento de los sistemas de información.

Estas políticas al ser traducidas en estrategias y acciones prácticas aparecieron ante la población como un conjunto de medidas radicales que significaron entre otras cosas: la privatización de la compra y distribución de medicamentos, la creación de SILAIS, el fortalecimiento del sector privado en la prestación de servicios a asegurados del INSS, la creación de servicios de atención diferenciada -cobrada- en los hospitales públicos, y finalmente la reducción del tamaño del Estado que significó el retiro voluntario, la renuncia forzada, o el despido de miles de trabajadores estatales.

Otras estrategias y acciones preconizadas y anunciadas como esenciales en el proceso de reforma quedaron más en el papel, o han tenido un nivel de implementación muy lenta o muy pobre. Entre estas destacan: a) el fortalecimiento del rol regulador del nivel central del MINSA, b) el mejoramiento de la calidad de atención, de la infraestructura y del equipamiento, y c) la descentralización administrativa hacia unidades de gestión departamentales (SILAIS) y hacia los municipios.

Se puede colegir que la Reforma perseguía más que todo, reducir la participación del Estado en acciones que le distraían de concentrar sus escasos recursos en los grupos vulnerables, siendo identificada la prestación de servicios a sectores con capacidad de

pago como la acción distractora principal. De allí que lo que más ha caracterizado a la reforma actual es la implantación del cobro por servicios diferenciados en los hospitales públicos y el traslado de la atención de los asegurados al sector privado de la prestación de servicios.



Debilidades del MINSA

Se presentan las debilidades detectadas en el siguiente orden:

- Debilidades encontradas en el FODA de los SILAIS
- Debilidades encontradas en el FODA de los Hospitales
- Otras debilidades Comunes de Relevancia

3.1 FODA SILAIS

Es importante destacar las debilidades que se señalaron en el análisis FODA⁶ con el personal de los SILAIS mencionados:

- En la estructura organizacional y de poder, se observan deficiencias en el proceso de planificación, se cuestiona el centralismo, la falta de capacidad gerencial en los equipos directivos, limitaciones a la participación ciudadana y excesiva politización.
- Hay debilidades en la planificación estratégica. Los SILAIS se han quedado en la planificación tradicional o peor aún, dando respuestas coyunturales, o sea, de acuerdo al organismo de cooperación externa que los está financiando en el momento.
- La mayoría de los SILAIS trabajan con un *burocratismo* que es básicamente una transferencia del burocratismo del nivel central al nivel local.

- En materia de recursos, se señaló la *deficiencia* tanto en *recursos financieros* como en *recursos humanos* y con menor importancia se observan limitaciones en los recursos materiales y falta de información. Los SILAIS no llegan a manejar el 20% del presupuesto, dado que los rubros fundamentales del presupuesto son *manejados en forma centralizada*.
- El organismo externo que financia, es quien pone las reglas de lo que va a hacer el SILAIS, con el consecuente riesgo de la disminución de los recursos financieros.
- Falta de *transparencia* en la comunicación, los resultados a veces escasos en las *coberturas de los servicios* y la inexistencia de un proceso de *evaluación* de esos resultados.
- *El SILAIS no asume su papel de contraparte efectiva* y de control sobre su red de servicios y es por eso que la mayoría de los proyectos de las agencias internacionales no tienen mucho impacto en la comunidad.
- La *politización del sector* evita la consolidación del manejo técnico, promueve la rotación innecesaria del personal capacitado y debilita la capacidad gerencial de los equipos directivos.
- *El centralismo* y la falta de integración de los diversos actores que interactúan con el SILAIS, ponen en peligro cada vez más la existencia del modelo.
- El nivel *central verticaliza* las acciones en vez de desarrollar un modelo de atención integral, tomando en cuenta las necesidades y capacidades de los SILAIS.
- *Jornadas nacionales de salud altamente centralizadas*.

3.2 FODA Hospitales

3.2.1. Debilidades principales

En el análisis FODA de los hospitales⁵ se hacen notar las siguientes debilidades:

1. Una mayoría señaló como factor principal *las dificultades económicas* por reducción presupuestaria y de abastecimiento de insumos. Algunos relacionaron la insuficiencia de recursos en contraste con la demanda de servicios en alza y otros señalaron la insuficiencia técnica asociada a las limitaciones en la oferta.
2. El 25% de las opiniones señaló que la *infraestructura hospitalaria es obsoleta*.
3. Un 10% de las observaciones prefirieron asociar la *falta de recursos* con los recursos humanos considerándolos insuficientes.
4. La cuarta parte de los asistentes (25%) indicó que la gran debilidad radica en la *falta de capacidad gerencial, administrativa y financiera de los*
 1. *recursos humanos y económicos*, debido a la falta de directores-gerentes con capacitación adecuada en administración. A lo anterior se suma *la alta rotación* en los cargos directivos.
 2. Un 10% priorizó *la corrupción*, asociado a la falta de valores sociales y a la politización del sistema como una de las causales que genera debilidad en la red pública de servicios.
 3. Problemas de *“control interno”* como debilidad complementaria frente a la insuficiencia de recursos materiales.
 4. El problema central lo constituye *el centralismo* en el manejo de esos recursos; más que de una infraestructura obsoleta se quejan de la falta de mantenimiento y las carencias de tecnología básica; y más que ver corrupción observan como debilidad la *desmotivación del personal y la falta de incentivos*.

3.2.2. Otras debilidades señaladas

1. La existencia de importantes diferencias en la distribución de camas entre los distintos departamentos del país, lo que compromete la equidad en el acceso.
2. Insuficiente integración, normatización y explotación de la actividad asistencial hospitalaria.
3. Inexistencia de un sistema formal operativo de planificación y control de gestión de los hospitales, en parte producido por la indefinición de las funciones de los distintos niveles del Ministerio de Salud.
4. Pérdida del valor estratégico de la información que fluye desde los hospitales al MINSA.
5. Inadecuada estructura de gestión del MINSA y de los Hospitales.
6. Desconocimiento en los hospitales del presupuesto asignado por el MINSA y este, a su vez, del gasto real de los hospitales. El presupuesto asignado por el MINSA a los hospitales está por debajo del gasto real.
7. El presupuesto no se usa como herramienta de gestión, como tampoco existe un proceso de elaboración y negociación entre hospitales y MINSA central, perdiendo aquel su función estratégica de vinculación entre la política sanitaria, la asignación de recursos y la gestión de los centros.
8. Desconocimiento del gasto por cama. No hay estimación de costos.
9. Los hospitales responden al perfil epidemiológico de la población, desarrollando actividades de hospitales agudos, ejerciendo una presión fuerte innecesaria sobre los servicios de emergencia.

10. Escasa coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Baja productividad de la consulta externa en relación con su capacidad. Largas listas de espera para procedimientos quirúrgicos y citas ambulatorias.
11. Insuficiente autonomía hospitalaria en la gestión del personal.
12. Acentuado déficit en el abastecimiento de los hospitales los que disminuyen el rendimiento de los recursos hospitalarios. Se agrega además a esto, el uso irracional de insumos médicos y no médicos.
13. Existencia de un deterioro del capital productivo, tanto por la obsolescencia de infraestructuras e instalaciones, como por insuficiente mantenimiento del equipamiento. Este deterioro, se ve agravado por un equipamiento heterogéneo y diverso, por el insuficiente acoplamiento entre la política de inversiones y la formación del personal, y por las dificultades en el abastecimiento de insumos médicos, todos los cuales contribuyen a disminuir su eficiencia.

3.3 Debilidades Comunes de Relevancia

Las grandes debilidades del Sector Salud que se evidenció en ambos FODAS, se pueden resumir y agrupar en las siguientes:

- Centralización y burocratización.
- Insuficiente financiamiento sectorial.
- Red de servicios desordenada y débil.
- Aspectos legales no superados.
- Indefinición de la función rectora.

3.3.1 Centralización y burocratización

Existe una reiterada inquietud del personal que participó en los talleres de los SILAIS y hospitales mencionados, del exagerado poder del nivel central y los SILAIS, que se traduce en el ejercicio de una autoridad indiscutible en todas las decisiones de los hospitales y unidades periféricas. Vale la pena mencionar que el MINSAL es el empleador más grande en Nicaragua, con más de 1000 unidades de salud pública bajo su mando y con más de 25,000 trabajadores. Esta concentración de poder fue propiciada por la promulgación del Decreto 35 de la Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional en agosto de 1979, cuando el MINSAL fue reconocido como el único ente de salud del Estado y todos los servicios e infraestructuras del INSS y de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social (JNAPS), pasaron bajo el dominio de aquél. En resumen, el MINSAL pasa a administrar toda la salud pública de Nicaragua.

Tímidas iniciativas se han puesto en práctica al problema en cuestión. Primero, se crearon los SILAIS a nivel departamental y se introduce en la década de los noventa el concepto de la modernización del Sector Público como una voluntad política para producir cambios substanciales en el actuar de las agencias del Estado. En realidad, en el sector salud no se han producido cambios importantes y se han limitado a delegaciones de responsabilidad con limitada libertad de gestión y niveles de autonomía prefijados por el nivel central y sin ninguna autoridad para decidir.

El Ministerio de Salud al igual que el resto de los Ministerios del área social desarrolló un proceso más bien formal y conceptual, sin bases legales solidamente estructuradas y sin el debido respaldo político-administrativo, de tal manera que ha terminado concibiendo la descentralización como la organización de estructuras territoriales administradas por un equipo multidisciplinario, a la cabeza del cual se encuentra un representante local del ministro de salud. Así las estructuras organizativas adoptadas en

las últimas dos décadas, no fueron más que el reflejo de la forma de organización del Estado en el mismo período: estructuras regionales en los años 80 y delegaciones departamentales en los años 90.

Los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud), se organizaron con el concepto de una autoridad sanitaria que cubriría un espacio territorial y población predeterminada. En la realidad, son administraciones con la función principal de coordinar las acciones de salud a su nivel, en el que no hay contrapartes de autoridad gubernamental pues estas no existen al nivel departamental. En la medida en que no se generaron paralelamente los mecanismos legales que obligaran a los gobernantes locales a reconocer dicha autoridad sanitaria, esa perspectiva es hoy todavía poco manejable.

En resumen, los SILAIS nunca han tenido suficiente poder legal para desarrollar una estrategia política que debe tener un ministerio o un gobierno en el ámbito local; tampoco han sido dotados de suficientes recursos ni autonomía para ejecutar su trabajo.

Los SILAIS, después de 10 años de formación, siguen siendo una estructura desconcentrada que ejecuta, por delegación, las acciones del Ministerio de Salud en el ámbito territorial para ser teóricamente más eficiente en el uso de los recursos, pero en la realidad lo único que descentraliza el MINSA son los problemas locales.

A la fecha, los SILAIS se han limitado a coordinar a las estructuras del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Los hospitales funcionan de forma autónoma de las estructuras locales. Esto se debe, principalmente, al hecho que la escogencia y nombramiento de los directores de los hospitales y de los SILAIS, son hechos por el ministro de turno y por tanto dichos funcionarios asumen que tienen el mismo nivel de autoridad. Así se ha diluido el principal objetivo de creación de los mismos que era la integración de los servicios de salud para mejorar la atención de la red de servicios. El poder territorial está dividido.

Debido al control centralizado de todas las acciones, otro abordaje que se probó por diferentes ministros, fue la formación de Consejos Consultivos en cada hospital, como instancia local superior que se encargara de dirigir la administración y toda la política de gestión de sus respectivos centros. Desafortunadamente los Consejos Consultivos nunca funcionaron y se fueron disolviendo porque el nivel central continuaba manejando directamente todo el quehacer hospitalario. Igual cosa ocurrió con los Consejos Nacionales de Salud.

3.3.2 Insuficiente Financiamiento sectorial

En el Sector Salud, en Nicaragua se identifican dos fuentes de financiamiento: La primera es el Presupuesto Nacional, cuyo origen son las recaudaciones fiscales y el aporte de la clientela privada; la segunda fuente es externa, como donaciones, préstamos y créditos, mas las provenientes de las organizaciones privadas sin fines de lucro y filantrópicas.

En 1995, el financiamiento público fue el 46.8% del financiamiento total⁸, sin embargo, ya para el año 2001 el financiamiento público se había reducido al 28.8%; en cambio, en el mismo período, el financiamiento privado había pasado del 34% al 63.5%, debido principalmente al incremento del aporte de los hogares.

La cooperación externa, por su parte, en 1995 financió el 19.23% del gasto en salud, pero para el 2001 había disminuido su participación a solamente el 7.7%.

En un estudio que analiza los datos del componente salud de la encuesta de Nivel de Vida de 1993, se indica que “El 84 % de los que recibieron atención fueron financiados por el Estado, es decir, recibieron atención gratuita. Es de destacar que los *No Pobres* reportan una mayor frecuencia de gratuidad, 84.7 %, y los *Pobres Extremos*, 82.6 %. El 86.4% de la población urbana no paga por los servicios contra el 81.6 % de la población rural.”

Esta situación se explica en parte por la teoría, recogida en forma errónea en la Constitución de Nicaragua, que otorga a todos los pacientes los mismos privilegios frente al sistema de salud. Con esta premisa se ha dado origen a los subsidios del MINSA a individuos, grupos o agencias diversas.

Es importante referirse a los efectos negativos que han acentuado la crisis financiera del MINSA. En primer lugar, por muchos años el MINSA ha soportado una burocracia que consume el 70% de su presupuesto y el 65% del consumo de los insumos médicos, en virtud del Convenio Colectivo firmado con los trabajadores de la salud. En realidad casi nada queda como remanente para la ejecución de proyectos.

En segundo lugar, se instalaron Servicios de Atención Diferenciada (SAD) para clientela con alguna capacidad de pago, sin que de previo se desarrollara una estructura de costos para el pago justo por los diferentes servicios. Esto generó la aparición de subsidios internos del sector público al privado.

Otro ejemplo de subsidio perverso justificado por la Ley era la modalidad de atención médica previsual implementada hace diez años por el INSS, ya que este contempla una atención a los asegurados y dependientes a través de un paquete básico de servicios; todo lo que no está contemplado en el mismo, podía ser recibido en las instalaciones del MINSA. Hasta hoy las condiciones financieras del INSS, continúa con esas limitantes. Para solo mencionar uno más, la Corporación de Zona Franca Industrial por varios años fue EMP y usaba para la atención médica de sus asegurados los servicios del Hospital Alemán Nicaragüense. Lo que inicialmente se inició como una simple renta de locales, se convirtió en un negocio creciente para la Corporación, ya que cada vez que el INSS aumentaba el *per cápita*, el HAN recibía un *per cápita* menor que todas las demás EMP, porque las autoridades de la Corporación les deducía proporcionalmente más sin dar ellos el servicio.

A todos estos antecedentes hay que agregar dos más: a) la estrategia del Estado en cuanto a la forma arbitraria de distribuir las asignaciones presupuestarias a sus agencias. Al final, cualquier esfuerzo coherente en la presentación de las necesidades reales de todas las instancias del MINSA, se ven frustradas por esa limitante; y b) las desviaciones indecorosas de recursos (insumos médicos y material de reposición periódica) que le han ocasionado grandes pérdidas al MINSA y que han sido denunciados públicamente.

Finalmente, en el marco de la política de Ajuste Estructural, desde 1990 el presupuesto del MINSA se ha reducido paulatinamente. Esta política, entre otros elementos, establece la contención del déficit fiscal por la vía de la reducción del gasto público.

3.3.3 Red de Servicios desordenada y débil

El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de salud para la población nicaragüense, los que proporciona a

través de sus instalaciones propias que son los puestos y centros de salud y los hospitales de diferentes categorías. Es una compleja red de salud conformada en el 2002 por 31 hospitales y 1047 unidades del primer nivel.

En general, la red de salud ha crecido en una forma irregular y desordenada, porque no se ha conceptualizado, ni justificado con un plan maestro o estudios de factibilidad la creación de nuevas estructuras, la sustitución de instalaciones obsoletas, sus posibilidades de financiamiento, el nivel de complejidad en función de su ubicación dentro del engranaje de una red, su capacidad resolutive, su territorialidad, el grado de accesibilidad de su población de influencia y sus posibilidades futuras de crecimiento.

Es obligada la revisión y el reordenamiento de la red hospitalaria de todo el territorio nacional y más urgente aún reordenar la más compleja de todas que

es la de Managua, ya que es la que tiene el mayor número de camas en el país y cuyo carácter resolutivo son de patologías de más alta complejidad. Otra razón importante es que al mismo tiempo que debe servir a la población de su territorio, también debe recibir las transferencias de los hospitales departamentales para tratamiento de patologías que no pueden resolverse en ellos.

No se advierte que al crecer en una forma irracional e inarticulada, se corre el gran riesgo de replicar innecesariamente funciones sobre todo en lugares de mucha proximidad como Masaya, Granada, Jinotepe, Diriamba, Corinto-Chinandega, para poner solo unos ejemplos, con el consecuente costo de instalaciones, recursos humanos y materiales.

Una conclusión válida para evidenciar lo cruel de estas debilidades, es que las unidades se vuelven inaccesibles para la población vulnerable, la capacidad resolutiva del primer nivel de atención es muy pobre, lo que hace que los que demandan atención se salten los niveles, congestionando las emergencias de los hospitales cuyos recursos son muy costosos y con una oferta que se vuelve cada vez más limitada. Estas debilidades se replican en todo el País, presionando aún más la débil capacidad financiera del Sector.

3.3.4 Aspectos legales no superados

Al momento de organizar los talleres con SILAIS y Hospitales, no habían más que dispersas iniciativas de anteproyectos de ley que nunca estuvieron en la agenda de la Asamblea Legislativa y es por eso que dentro de las debilidades repetidamente se menciona la falta de un marco legal.

La Ley General de Salud, Ley No. 423, fue aprobada el catorce de Marzo del 2002 y entró en vigencia en septiembre del mismo año. La Ley fue reglamentada y sancionada por el Presidente de la República a los nueve días del mes de enero del 2003.

Existen muchas observaciones que se pueden hacer a la Ley y su Reglamento y que inducen a los expertos

a cuestionar si en realidad el MINSA asume un rol diferente al de antes. En todo el texto de los mismos, se usa sistemáticamente términos que dan la impresión de haberse hecho con una redacción ambigua y benigna para darle otra vez al MINSA el rol excesivamente hegemónico. Deberíamos mencionar algunos, los que ponemos a la consideración de los expertos:

- En el título I, capítulo I, artículo 4, al definir rectoría dice textualmente: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud...”
- En el título II, capítulo I, al referirse a la competencia del Ministerio de Salud, un fuerte componente del articulado, deja entrever que el MINSA va a ejercer acciones administrativas como : 1) supervisar la organización y funcionamiento de las entidades que puedan ser habilitadas; 2) reglamentar la organización y funcionamiento de las Juntas, Consejos u Órganos Administrativos o Consultivos de las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública; 3) expedir las normas de organización y funcionamiento técnico-administrativo, operativo y científico de las instituciones; 4) expedir aquellas disposiciones para garantizar una correcta aplicación y flujo de los recursos del sector salud y en particular aquellas que permitan garantizar un control a la evasión; 5) en el Arto. 18 habla de formación de recursos y asume la obligación de retribuciones económicas para internos, residentes, etc. “todo ello en correspondencia con el presupuesto anual aprobado por el MINSA para tal efecto”.
- El Arto. 39, es el que más preocupa por cuanto dice textualmente: “Administrar todos los establecimientos de salud de propiedad pública del territorio nacional”.

- En el Capítulo III, Arto. 10, del Consejo Nacional de Salud, indica que estará “adscrito al despacho del Ministro” y en lugar de permitirle a los integrantes del mismo Consejo que decidan y tomen iniciativas sobre su propia organización y funcionamiento, es el MINSA el que lo reglamenta. La constitución misma de sus miembros, hace que sea una instancia supernumeraria que en vez de ser dinámica y productiva, se puede convertir en un foro de interminables indecisiones. Lo mismo se puede comentar en cuanto a la constitución de la membresía de los Consejos Departamentales de Salud.
- En el Título IX Capítulo II de la Habilitación a los Establecimientos de Salud, describe en todo el articulado todo el proceso para *habilitar* los establecimientos de salud que deseen establecerse, indicando que para poder iniciar servicios, deben tener el aprobado de la Comisión de Habilitación que funciona a Nivel Central. Sin embargo, en el Título V, Capítulo II, al describir las funciones de los SILAIS, en el acápite 7, indica “*autorizar* el funcionamiento de los establecimientos proveedores de servicios de salud”.

Lejos de hacer un análisis de todo el texto de la Ley y su Reglamento, los comentarios se proponen hacer notar los aspectos que más se destacan y que a corto plazo se haga una revisión de todo el contenido de los mismos.

3.3.4.1. Otros señalamientos críticos

Por considerarlo de importancia, es oportuno agregar la declaración oficial de la máxima institución de carácter científico del País, la Asociación Médica Nicaragüense en ocasión de celebrarse el XXXIII Congreso Médico Nacional. En dicho Congreso, realizado en octubre del 2002, se desarrolló una sesión plenaria coordinada por el área de Salud Pública para analizar la Ley General de Salud, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Se reconoce que, a pesar de sus limitaciones, incoherencias e inconsistencias, la Ley General de Salud presenta por primera vez en nuestra historia un marco legal sobre el cual se pueden articular tanto actores como propuestas, en la atención de la salud de los nicaragüenses.
2. Se hizo notar que el conferir a una sola estructura del Estado, en este caso el Ministerio de Salud, las funciones de normar, supervisar y ejecutar atenta contra principios básicos del proceso de modernización del Estado, motivo por el cual, la aprobación de esta Ley fue exigida por los organismos multilaterales como condición para el financiamiento de la reforma sectorial.
3. Siendo que hay una conciencia generalizada de que se ha dado al MINSA una inmensa cantidad de responsabilidades que desbordan sus capacidades reales, se instó al Gobierno, en el marco del espíritu de las reformas del Estado, a que se reduzcan las responsabilidades del MINSA y se delegue en otros órganos estatales y paraestatales parte de sus funciones.
4. En consecuencia se demandó la delegación de las atribuciones relativas a la regulación profesional que por medio de la Ley General de Salud le fue conferida al MINSA. No es posible que el principal empleador de profesionales de la salud, sea a su vez, el juez de su práctica profesional.
5. Se enfatizó que era importante que el Ministerio de Salud evaluara el impacto de introducción de la Ley en su red de servicios, ya que muchos hospitales y centros de salud no podrían seguir operando al no ofrecer, ni las condiciones y menos los recursos exigidos en esta.
6. Se expresó preocupación porque al establecer correspondencia entre estructuras específicas y funciones dentro de la Ley, se compromete el desarrollo y la evolución del Ministerio de Salud, ya que cualquier modificación a su estructura orgánica sería una violación a la Ley.

3.3.4.2. Indefinición de la Función Rectora

Al momento de redactar el presente documento no se disponía de información que permitiera formarse un juicio sobre uno de los componentes más importantes de la modernización que es el fortalecimiento institucional del Nivel Central y sobre todo la visión clara de su rol de rectoría. No se percibe a través de todo el texto de la Ley y su Reglamento el nuevo perfil de esa función rectora y aunque se menciona en el texto de la Ley, cuando se escudriña en detalle, se nota que aún persiste la autoridad del MINSA Central a todos los niveles.

3.4 Recomendaciones Generales para el MINSA

3.4.1 Redefinir el perfil operativo del MINSA

El objetivo fundamental es readecuar toda la estructura de salud en tal forma, que la población de más bajos ingresos recibieran los beneficios de un sistema de salud más ágil, con mejor accesibilidad, con equidad, calidad y sobre todo una conciencia moral de igualdad de oportunidades.

El MINSA ha sido calificado por los mismos funcionarios gubernamentales, como el componente del Sector Público que va a la retaguardia de la modernización. Básicamente, en términos generales, la intención de dicho proceso es redefinir el perfil operativo del MINSA, substituyendo su ejercicio predominantemente administrativo por el de una institución cuya función esencial es de rectoría, que significa normar, facilitar, realizar coordinación intersectorial, dictar políticas nacionales de salud, etc., abandonando la práctica tradicional de poder centralizado, que se ha venido ejerciendo desde agosto de 1979.

3.4.2. Enfatizar algunos aspectos del Programa de Mejoramiento del Sector Salud (PMSS)

Los componentes más vigorosos del PMSS son:

- El fortalecimiento de la estructura funcional del Nivel Central para que pueda adecuarse y responder satisfactoriamente a las características de su nuevo rol.
- Que su nueva función sea validada por un marco legal apropiado.
- Re-estructuración y fortalecimiento de toda la red sanitaria.
- Transferencia de competencias y responsabilidades, pero con autoridad.
- Perfeccionar los programas de información como el instrumento gerencial más idóneo que permita asegurar y darle solidez a la toma de decisiones acorde con la realidad institucional tanto en la prestación de servicios, sus resultados de impacto, así como del comportamiento financiero.

3.4.3 Dar coherencia al fortalecimiento de la función rectora del MINSA

Para el ejercicio de la función rectora, se proponen los siguientes aspectos, que sirvan de marco de referencia:

- Definir la política nacional de salud pública como privada.
- Formular una política financiera uniforme.
- Priorizar la función de regulación y vigilancia.
- Tutelar y garantizar la prestación de un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o grupos especiales de la población vulnerable, anticipando los mecanismos que hagan

posible la observancia de este mandato social.

- Dictar una política que permita asegurar compromisos de gestión dentro de los diferentes niveles de la red de salud y de estas con el Nivel Central.
- Formular la política de formación y contratación de recursos humanos en salud, adecuándolos a las necesidades y urgencias nacionales.
- Establecer el marco de referencia para una política de atención pública-privada.
- Formular el marco de referencia para establecer mecanismos de control de calidad.
- Dictar normas y políticas de habilitación y acreditación.
- Implementar una guía metodológica para implementar un plan gradual y progresivo de organización y administración descentralizada de la red de servicios de los diferentes departamentos del país.
- Promover y definir las líneas de acción para la creación y composición de la Academia de Ciencias de la Salud, organismo de asesoría al MINSA en lo que se relaciona a todos los aspectos académicos, de formación y distribución del recurso humano, del ejercicio profesional y los aspectos éticos y morales.
- Iniciar la revisión de la Ley No. 423 y su Reglamento recientemente aprobados, para asegurarse que son compatibles con el esfuerzo, objetivos y propósitos del PMSS. Igualmente, apoyar las gestiones del gremio médico para que se apruebe la Ley Creadora del Colegio de Médicos y Cirujanos; así mismo, apoyar la gestión para la pronta aprobación de la Ley del Servicio Civil.

Para cumplir con estas tareas, necesariamente, el MINSA debe readecuar la estructura orgánica y funcional del Nivel Central para compatibilizarlas con el ejercicio de sus nuevas funciones.

3.4.4. Fortalecimiento de la Red de Salud

El fortalecimiento de la Red de Salud merece una mención especial, ya que en este rubro, se pretende superar los problemas crónicos de la administración deficiente. Al no existir una estrategia definida de su desarrollo, que permita decidir sobre temas como sustitución de instalaciones obsoletas, construcción de nuevos centros, definición de un plan organizado de instrumentación de los recursos humanos y materiales y racionalización de los mismos en función de oferta-demanda, no hay tampoco un plan de estricto cumplimiento para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

El esquema general de desarrollo de la red, debe implementar algunas iniciativas, entre ellas:

- Potenciar la cirugía mayor ambulatoria.
- Acelerar la estrategia de los hospitales de día.
- Definir las características de la red, reformulando su oferta en función de grados de complejidad de la demanda, con el consecuente aseguramiento del fácil acceso, mayor capacidad de resolución y tamizaje. Esto permitirá que las patologías más complejas se deban tratar a niveles II y III, garantizando una óptima utilización de los componentes de la red.
- Procurar el incremento de las actividades a nivel de consulta externa.
- Identificar algunos servicios de colaboración de uso común, aprovechando así economías de escala.
- Descentralización en la toma de decisiones. Autonomía de gestión.

3.4.5. Someter a discusión el rol de los SILAIS

Uno de los componentes más fuertes del PMSS es la descentralización.

El propósito principal de descentralizar un sistema de salud, es mejorar el acceso a los servicios y, finalmente, la salud de la población. Al descentralizar, los gerentes locales de salud pueden abordar mejor las deficiencias en costo-efectividad, eficiencia y desempeño que un sistema centralizado no puede resolver. Claro que no hay fórmulas universales para descentralizar un sistema de salud y es el más difícil de implementar, porque entre otras cosas, implica la transferencia del poder que continúa concentrado en el Conchita Palacios. Esta transformación debe hacerse con mucha voluntad política, liderazgo, debe ser persistentemente gradual y por etapas, indicando hasta qué nivel regional debe llegar la transferencia de autoridad.

Cabe mencionar que en el desarrollo de la descentralización debe someterse a discusión seria y técnica, *el rol de los SILAIS* y advertir que los mismos no interfieran en el proceso y evitar que de nuevo se repita a niveles departamentales una centralización de extensión impredecible. Esta reflexión es al menos valedera en Managua, cuando se plantea que la red más compleja e importante del país, estará sujeta a la autoridad de un Mini ministerio de Salud de la ciudad capital.

3.4.6 Revisión del Consejo Nacional de Salud

Otro elemento importante que debe someterse a análisis es el Consejo Nacional de Salud y determinar la conveniencia de integrarlo con un número muy elevado de delegados de otras instituciones.

Es cierto que la salud tiene una incidencia de las más importantes en el quehacer nacional, pero justamente por esa circunstancia es que se hace representar en comités integrados en otras dependencias

gubernamentales en los que la salud es una, pero no es la primera prioridad y para mencionar solo una de ellas, en el Comité de Desastres del Ministerio de Defensa. De tal manera que, el Consejo Nacional de Salud esté conformado por representantes *de instituciones afines a la salud*, incluyendo a aquellas ONG y organizaciones comunales que se dedican a esa actividad. Hay que hacer énfasis en el riesgo de crear una ó cualquier otra comisión de carácter nacional ó regional, que aglutine a muchos representantes de instituciones donde ya tiene representación el MINSA.

La Ley es específica cuando indica que en el Consejo Nacional de Salud debe estar UN DELEGADO por cada una de las siguientes organizaciones: comunales, sindical, ONG, Asociaciones Médicas, Colegio de Enfermeras y Consejos Regionales del Atlántico, pero no dice lo mismo de las demás representaciones. Se debe presumir que es también un representante. En el caso particular del Consejo Nacional de Universidades, debería ser más específica, indicando que las facultades de medicina públicas (León-Managua) y privadas son las que deben tener representantes.

Igual comentario es valedero para los Consejos Departamentales de Salud.

3.4.7. Replanteamiento de la Comisión de Habilitación y de la Comisión de Acreditación

Merece comentar separadamente sobre la Comisión de Habilitación y la Comisión de Acreditación. En el Título VI, Capítulo II del Reglamento, Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), en su acápite 7, dice: "Autorizar el funcionamiento de los establecimientos proveedores de servicios de salud". Sin embargo, en el Título IX, Capítulo II, del mismo Reglamento, en todos sus acápites se refiere a los diferentes aspectos de la habilitación, para concluir que es la Comisión de Habilitación del MINSA la que debe autorizarlos.

En realidad, dentro del contexto de la política de desconcentración del Nivel Central, se debe someter a discusión la necesidad de contratar externamente ambos servicios -habilitación y acreditación- con grupos de profesionales organizados y de prestigio, que se formarían, una vez definida una política como la que aquí se sugiere. Algo muy importante, el MINSA y también el INSS, al ejercer las funciones de evaluación y aplicación de sanciones en ambas actividades, se convierten en juez y parte, dejando indefensos a los interesados. Desde el enfoque de transparencia, se superarían las suspicacias por el comportamiento parcializado de sus funcionarios. Claro está, el MINSA con el auxilio del Consejo Nacional de Salud, reglamentaría las características específicas de la categoría de los miembros y los procedimientos de trabajo de dichas firmas externas. Por mandato del MINSA, el INSS -que tiene estructuras propias para el mismo propósito- se sometería a esa política. Ambas instituciones se ahorrarían importantes recursos financieros.

3.4.8. Comité multidisciplinario contraparte de la UC-PMSS

Dentro de todo este esquema complejo del PMSS, debemos darle un espacio a la necesidad de conformar en el MINSA un *comité multidisciplinario* de profesionales nacionales de reconocida reputación técnica, que actúen como contraparte de la Unidad Coordinadora del PMSS pero que no sean funcionarios ejecutivos del MINSA, ya que por la experiencia de los años anteriores se ha comprobado que sus funciones propias dentro de la rutina diaria, le restan tiempo y capacidad para tomar decisiones y hacer que el PMSS se mueva en la dirección correcta y más dinámicamente. Nos permitimos sugerir a los expertos en este conclave las funciones más importantes de dicha Comisión:

- Ser el órgano de enlace entre la Unidad Coordinadora PMSS con los funcionarios de las instituciones involucradas.

- Constituirse en la contraparte de las UC del PMSS.
- Evaluar, analizar y participar en todas las decisiones más importantes del desarrollo del Proyecto.
- Someter a revisión las actuales estrategias de abordaje del PMSS y si fuera el caso, proponer cambios en la conducción de las mismas.
- Hacer propuestas para adecuar las estructuras organizativas del MINSA Central a los cambios que implica su función de rectoría con eficiencia.
- Apoyar los esfuerzos del MINSA para lograr una mayor capacidad en el manejo de las inversiones del PMSS.
- Influir en todas las instancias responsables para que los acuerdos se traduzcan en acción.

El Comité tendrá una duración temporal.

IV

Debilidades en el INSS

4.1 FODA del modelo de Empresas Médicas Previsionales

En este acápite se señalan las principales debilidades detectadas en el análisis FODA para estudiar el modelo de las Empresas Médicas Previsionales⁴ desarrollado en el mes de marzo del año 2001 por la Fundación Friedrich Ebert en tres EMP: (Hospital Alemán Nicaragüense, La Corporación de Zona Franca y Salud Integral) y en un taller nacional de expertos y funcionarios del sector salud, integrado por funcionarios de base, equipos técnicos, expertos

y directivos del sector, especialmente, del INSS y de la Cámara de las EMP de Nicaragua.

En el taller de expertos, el Gerente General de Salud Previsional del INSS²⁰, reconoció que el INSS, la misma institución rectora, acepta que existen debilidades y tareas pendientes para el desarrollo del modelo, entre las cuales se destacan:

1. Baja cobertura poblacional que determina la necesidad de ampliar su cobertura incorporando nuevos grupos poblacionales al régimen de la seguridad social.
2. Insuficiente desarrollo institucional.
3. Reducida cobertura de patologías del paquete de servicios actual.

La Posición de los Asistentes al Seminario Taller en relación con las debilidades del Modelo de Salud Previsional, fue la siguiente:

1. Igual que los funcionarios del INSS los participantes reconocieron que a pesar del éxito de las EMP, la gran carencia del Sistema de Seguridad Social es la baja cobertura poblacional.
2. El 41% de las opiniones de los participantes en el Taller Nacional de Expertos identificaron la debilidad jurídica del sistema como la principal debilidad.

Esta debilidad se asoció con la falta de un marco legal coherente que garantice la legitimidad del sistema previsional y de las empresas. A la fecha del análisis FODA era una realidad la falta de actualización de la Ley General de Salud, actualmente dicha ley ha sido aprobada y reglamentada pero, desafortunadamente, no incluyó de manera amplia el aspecto previsional dejándolo como una tarea para la reforma de la Ley Orgánica de la Seguridad Social, de tal manera que este aspecto sigue en espera de una mejor sustentación jurídica.

3. De otra parte, para el 20% de los participantes, los servicios incluidos en la canasta de

prestaciones vigente son realmente insuficientes, coincidiendo con las apreciaciones de los funcionarios del INSS. El concepto de limitaciones en los beneficios incluidos en la canasta de prestaciones se abordó en dos dimensiones, por una parte, la insuficiencia del listado de prestaciones, y por otra parte, la falta de cumplimiento a dicho listado de prestaciones.

4. El sistema de información es insuficiente, según el 14% de las opiniones, lo cual se entendió en dos sentidos: uno, la falta de oportunidad en la información de derechos, y dos, la falta de controles administrativos eficientes.
5. Otra debilidad señalada fue la insuficiencia en la oferta de servicios, que incluye según los participantes, el desequilibrio entre la oferta y la demanda de servicios, la inexistencia de manuales de cargos y salarios que impide a EMP pequeñas competir con los salarios que ofrecen las EMP grandes, los recursos tecnológicos insuficientes para la prestación; la falta de respuesta oportuna y suficiente a las patologías incluidas por no contar con recursos y tecnología suficiente y adecuada; las limitaciones en infraestructura y la falta de recursos organizativos.
6. La insuficiencia financiera se identificó como otra debilidad principal, la que se asoció: con un *per cápita* exiguo cuyo valor no corresponde al movimiento devaluativo de la moneda, y con los bajos salarios del personal médico y de los recursos capacitados. Con menor frecuencia se abordó este tema como un problema de rentabilidad contra la calidad.

4.2 Ampliación de las principales debilidades

El INSS implementó sus modelos de salud desde 1993. No obstante, el desarrollo que ha alcanzado el sistema y sus evidentes ventajas para los asegurados

que reciben una atención diferenciada, subsisten algunas imperfecciones que impiden lograr el óptimo de eficiencia y bienestar social de sus derechohabientes.

Retomando las principales debilidades señaladas en el análisis FODA de las Empresas Médicas Previsionales, y debido a su gran relevancia, se presenta a continuación un análisis en detalle de cada una de ellas. Se agregan otras tres debilidades que aunque no fueron enfatizadas en el FODA si se han reconocido por algunos autores como debilidades que marcan al Modelo de Salud Previsional; estas son: la falta de proyección a largo plazo, la infraestructura de servicios incompleta y la falta de transparencia del mercado.

4.2.1 La baja cobertura poblacional

En Nicaragua, la gran carencia del Sistema de Seguridad Social en Salud es la baja cobertura poblacional hasta el punto que entre los años 1995 al 2000 la cobertura sólo se incrementó del 4.9% al 6.1% de toda la población, siendo este uno de los niveles de aseguramiento social más bajos en el conjunto de los países de América Latina.

En el período de 1990 al 2000 se observa que hasta el año 1994, el total de afiliados iba en disminución progresiva. Coincidentemente, con la introducción del Modelo de Salud Previsional a partir del año 1995 se inicia un crecimiento positivo que alcanza su máxima expresión en el año 1998 con un crecimiento de 10.8%. De acuerdo al INSS el crecimiento ha sido producto del dinamismo que ha presentado la economía del país en los últimos años por el incentivo de la inversión en la empresa privada y extranjera. Pero hay que decir que después de seis años el incremento de cobertura ha subido a duras penas un punto porcentual.

Según fuentes oficiales del INSS a finales del 2002 se brindaba cobertura técnica en salud a un total de 460 mil derechohabientes (266 mil asegurados más sus 194 mil beneficiarios) los que representaban el 10% respecto a la población total del país y el 16%

respecto a la Población Económicamente Activa (PEA).

Ha sido reconocido que el monto relativamente reducido de recurso que capta el INSS, por el sistema de cotizaciones vigente impide cubrir a cabalidad la demanda total de la población de derechohabientes, obligando al Modelo de Salud Previsional vigente a realizar una elevada selección de riesgos adversos en el que las exclusiones de cobertura y de grupos de edad impiden la atención integral de la población en su conjunto.

Los avances tecnológicos de la medicina, que posibilitan la introducción de sistemas de diagnóstico y tratamiento más complejos y costosos, favoreciendo una mayor eficiencia en el control de las enfermedades y de la calidad de vida; constituyen paradójicamente un factor de encarecimiento de los costos técnicos de atención a la salud.

Este factor de aumento de costos, sumado al aumento de gasto en salud inherente al envejecimiento y al cambio en el perfil epidemiológico de la población, provoca una tendencia de aumento sostenido del costo de la salud.

El Modelo de Salud Previsional no ha sido ajeno a estas presiones, verificándose una tendencia de aumento del costo de las prestaciones, en la cual han incidido:

- El aumento de demanda que ha generado el sistema,
- El abuso de la demanda, muchas veces excesivo o innecesario por parte de algunos beneficiarios,
- El aumento de los gastos de administración e intermediación de algunas EMP, entre otros.

La conjunción de estos factores de aumento de costos contribuye a crear presiones al aumento del *per cápita* por sobre la capacidad real del INSS para cubrir dichos aumentos, dado que, a su vez, el INSS depende de las remuneraciones reales que perciben sus

asegurados. Dichas situaciones, provocan, periódicamente, un desequilibrio, en desmedro de la calidad de atención que pueden recibir los afiliados. De acuerdo a estudios serios hechos por las Empresas Médicas Previsionales el *per cápita* pagado, no se corresponde con las exigencias de calidad de los servicios a brindar al asegurado.

Para finalizar, es menester señalar que el INSS reconoce como prioridades a corto plazo para mejorar esta debilidad: la potencial cobertura a niños hasta los 8 o 10 años de edad, la cobertura en salud a pacientes de la Tercera Edad, y la ampliación de cobertura territorial y de asegurados.

4.2.2. Debilidad jurídica del sistema

Las EMP han sido cuestionadas públicamente por organismos gubernamentales como la Contraloría General de la República, debido a que la Ley Orgánica vigente del Seguro Social no contempla la compra de servicios médicos a terceros.

Por ello diversos autores coinciden que uno de los problemas más serios del Modelo de Salud Previsional se deriva de su debilidad en el aspecto legal. Esto ha provocado una oleada de críticas públicas y gubernamentales al modelo, enfatizándose que el INSS ha incurrido en ilegalidad y violación de la Ley al comprar servicios a las Empresas Médicas Previsionales, habiéndose llegado a señalar a estas, hasta en los medios de comunicación como ilegales y como instrumentos de enriquecimiento ilícito.

Este problema se deriva del hecho de que el modelo fue puesto en operación a través de una Resolución Ministerial del Presidente Ejecutivo del INSS, sin que la Ley Orgánica de la Seguridad Social contemplara la modalidad de compra de servicios médicos a terceros. Esto ha sido objeto de reparos por la Contraloría General de la República aduciendo que el INSS ha incurrido en ilegalidad.

A la fecha de la promulgación de la Ley Orgánica de la Seguridad Social vigente, el Instituto Nicaragüense

de Seguridad Social (INSS) disponía de sus propias instalaciones para la atención a los asegurados, mismas que perdió en la década de los ochenta, cuando el gobierno de turno decidió trasladar todas las clínicas y Hospitales del Seguro Social al Ministerio de Salud.

4.2.3. Pobre identificación de necesidades y asignación de recursos

Uno de los objetivos principales de la reforma es que los recursos se asignen de acuerdo a las necesidades de salud de la población, de tal manera que los planes y acciones a tomar tengan un lineamiento preciso.

En el INSS, no se ha desarrollado un sistema de información que permita conocer las necesidades más sentidas de la población de asegurados y si esas necesidades están dentro o fuera de cobertura.

En contraposición, las EMP se han quejado que el INSS más bien compromete la capacidad de respuesta a los asegurados por la vía de tres mecanismos: 1) el retraso del compromiso de reajustar el *per cápita* anualmente ha provocado una reducción cada vez mayor del monto asignado para satisfacer las necesidades de la población de asegurados; 2) las decisiones unilaterales cambiando la interpretación de lo que está o no cubierto, provoca un incremento de las coberturas de hecho y sin respaldo de recursos para cumplir, y finalmente; 3) la creación de programas accesorios que no están contemplados en la ley tales como el programa de atención del Adulto Mayor en lugar de avanzar para mejorar la cobertura del paquete básico de salud a la población que obliga la Ley. Algunos autores han denominado a este último fenómeno la “atomización del *per cápita*”.

4.2.4. Insuficientes servicios en la canasta de prestaciones

Los servicios incluidos en la canasta de prestaciones son realmente insuficientes. En cuanto a prestaciones médicas el INSS no ofrece cobertura universal a sus

derecho-habientes, razón por la cual los asegurados deben atender sus patologías fuera de cobertura por su cuenta o en el MINSa. Como explicación se menciona el monto relativamente reducido de recursos que capta el INSS por el sistema de cotizaciones vigente, lo cual impediría cubrir a cabalidad la demanda total de la población de derecho-habientes, pero tampoco se conocen las cifras de cuales son los montos efectivamente recaudados y pagados en *per cápita* a las EMP. Es evidente, además, que existen problemas de financiamiento de eventos médicos catastróficos que están fuera de cobertura de la canasta oficial.

Para paliar un poco esta situación, el INSS otorga *ayudas sociales y asignaciones monetarias* a algunos asegurados que demandan por atenciones excluidas. No obstante, el sistema de asignación es discrecional, no sujeto a normas claras y uniformes, ni a la información pública de su gestión.

Como consecuencia el Modelo de Salud Previsional vigente tiene una elevada lista de exclusiones de prestaciones y de grupos de edad, por lo cual no se logra conseguir la atención integral de la población en su conjunto. Como se dijo arriba, las enfermedades y condiciones que no están cubiertas por el Modelo de Salud Previsional obligatoriamente deben ser cubiertas por el Ministerio de Salud, con lo cual se produce un subsidio cruzado del MINSa al INSS. Los Hospitales públicos al ser financiados por el presupuesto fiscal de la República y al brindar cobertura universal, pasan a asumir el rol de asegurador indirecto de última instancia de toda la población.

Las exclusiones, los subsidios cruzados entre el MINSa y el INSS, y los continuos rechazos de atención de las EMP actúan en contra de la aceptación de la población al modelo provocando muchas críticas públicas al modelo previsional.

4.2.5. Insuficiente Desarrollo Institucional en el INSS

4.2.5.1. Decisiones que dificultan la consolidación del modelo

Si bien en el Modelo de Salud Previsional se han observado cambios importantes, se ha experimentado un debilitamiento gradual debido a cambios prematuros que se le imprimieron en los años 95-97 y por la falta de una revisión y reflexión seria y profunda de sus resultados y su visión futura, de acuerdo a lo manifestado por expertos en Seguridad Social creadores del Modelo de Salud Previsional.

Algunas de las razones que han dificultado la consolidación del modelo son¹²:

- Alta rotación en el más alto nivel gerencial.
- Cambios frecuentes y prematuros en los términos del contrato.
- Cambios en la estrategia de la adscripción original de los asegurados a las EMP.
- Las restricciones a la prestación de servicios, que se tradujo en la preparación de una canasta básica, fue actualizada a escasos dos años, pero en la práctica y al aplicarla, mostró incongruencias entre las patologías incluidas, con los medicamentos y exámenes complementarios contenidos en ella.

La mora patronal genera condiciones de inestabilidad económica a las EMP, ya que el *per cápita* que reciben las

- EMP sea menor que el esperado.
- Muchas veces inflexibles y complejos procesos de medición para la habilitación, certificación y acreditación, no acordes con los estimados hechos al momento de calcular el *per cápita*, obligan a las EMP a hacer inversión de más recursos económicos con más presión financiera.

- El Reglamento de Enfermedad-Maternidad muestra inconsistencias y cierto grado de indefinición y por esa razón, expone al Modelo a decisiones discrecionales de los funcionarios encargados y deja abierta también la posibilidad para que las EMP escatimen servicios a los asegurados.

En este aspecto el INSS ha reconocido como prioridades para el Desarrollo Institucional la necesidad de dar conclusión al proceso de modernización del INSS, incrementar la coordinación con el MINSA para la eliminación de subsidios cruzados y finalmente disminuir el número de EMP que tienen una baja capacidad resolutive.

4.2.5.2. Falta de Recursos Técnicos y de Materiales

Esta limitante está condicionada por dos factores: uno es el pobre porcentaje de Población Económicamente Activa (PEA) del país cubierta por el Seguro Social, factor que determina que los montos de recaudación y la disponibilidad total del Seguro Enfermedad-Maternidad sea relativamente insuficiente para mejorar los niveles de prestaciones otorgadas al asegurado.

El otro factor es el hecho de que la cuota técnica del Seguro de Enfermedad Maternidad está subsidiando otras ramas de seguros del INSS, como herencia de las decisiones tomadas en la década de los ochenta.

De acuerdo a los informes de ejecución presupuestarias de la división de presupuestos del INSS de 1994 a 1999, la rama de seguro de enfermedad maternidad ha tenido un incremento de sus ingresos debido: a) al incremento de la población afiliada al régimen integral; b) al incremento de los salarios cotizables y c) a la captación de otros ingresos tales como intereses y recargos¹⁹.

Pero los ingresos están siendo afectados por el deslizamiento de la moneda y la inflación, lo que disminuye la capacidad financiera de la rama, así mismo ha habido un incremento en los egresos de la rama. Con todo y esos factores negativos la rama

sigue siendo financieramente sostenible pues sus remanentes son aún significativos y su principal problema es que de acuerdo a lo que el mismo INSS ha reconocido en su informe del año 2000, estos fondos remanentes se han constituido en un pilar fundamental para financiar las otras dos ramas de Seguro y sobre todo al seguro de pensiones.

4.2.5.3. Insuficiente sistema de información

El sistema de información es insuficiente, explicable en parte por el bajo nivel de automatización de la información, el desarrollo tecnológico débil y falta de homogeneidad, lo cual dificulta sobre todo la identificación adecuada de los asegurados y sus beneficiarios.

Por la carencia de sistemas automatizados, el manejo manual de la información por las delegaciones del INSS, y la pobre intercomunicación de este con las EMP, provoca muchas interferencias y muy tardías respuestas en la relación INSS-EMP generándose una situación negativa para el asegurado, que al final es quien recibe las consecuencias de las fallas de comunicación.

Esto se manifiesta de la siguiente manera:

- Desconocimiento de derechos a asegurados, por errores en la transmisión de la información de las sucursales del INSS al nivel Central. Se reportan a las EMP como morosos sin derechos a la atención médica a asegurados que están al día.
- Aparente incumplimiento de pagos a las EMP por asegurados, es decir, que aunque aparecen como morosos en los reportes de las EMP, en realidad pagaron al INSS y se les libraron sus colillas de comprobación de derechos. Los asegurados en esta situación pueden ser rechazados en las EMP si no presentan sus colillas de comprobación de derechos.

- Traslados de afiliados de una EMP a otra, aunque sus contratos estén debidamente acreditados en la primera. Esto provoca que pueda rechazarse la atención en una u otra EMP por el cruce de información.

Una gran cantidad de asegurados y una mayor cantidad de beneficiarios no portan sus respectivas identificaciones, por lo que, constantemente, las EMP están siendo agredidas por personas sin derechos que suplantán a derecho-habientes, con o sin su consentimiento. Este problema es más grave con la identificación de cónyuges e hijos, grupos en los que la identificación es inexistente.

4.2.6. Persistencia de EMP con baja capacidad resolutive

Aún persisten EMP que tienen una baja capacidad resolutive. Al respecto, el INSS ha señalado como un problema del modelo el desigual desarrollo de las Empresas Médicas Previsionales, entre las cuales hay las que tienen un impresionante desarrollo gerencial y de sus servicios, pero también hay todavía muchas empresas pequeñas con baja capacidad gerencial y pobre capacidad resolutive. Esta situación atenta contra el derecho de los asegurados de recibir atención médica de calidad. Los asegurados afiliados a EMP con pobre capacidad resolutive están recibiendo mucho menos beneficios que los que están afiliados a las que cuentan con buena capacidad resolutive. Debido al principio de territorialidad que obliga a los asegurados a permanecer en las EMP de su territorio, el principio de libre elección no actúa como un regulador de la calidad de servicios pues el asegurado aunque quiera cambiarse de EMP no puede. Es un hecho que el asegurado de Managua recibe mejores beneficios que los asegurados de los departamentos más alejados.

La infraestructura de servicios es aún incompleta; la insuficiencia financiera debilita a las EMP y para algunas EMP públicas, como fue el caso de la Zona Franca, el fraccionamiento del *per cápita* fue fuente adicional de debilidad.

El INSS en el Modelo de Salud Previsional, al transferir montos financieros limitados a las EMP - en los que ha establecido el monto de los salarios del personal de la salud conforme la situación deprimida del mercado laboral público-, está determinando condiciones laborales deplorables para el médico y el resto del personal, situación que se ve agravada por la presión que las EMP ejercen sobre el trabajo del médico general o especialista en busca de una mejor eficiencia. Todo esto, ha provocado una reacción adversa al Modelo por parte del gremio médico.

4.2.7. Falta de Proyección de Largo Plazo

El Modelo de Salud Previsional presenta en esencia una falta de proyección de largo plazo, en el sentido que no asegura una atención integral de similar calidad durante toda la vida de los afiliados, y que no considera adecuados incentivos a las acciones de fomento y prevención de la salud. Por los factores que se analizan a continuación, el sistema no garantiza atención integral durante toda la vida del afiliado.

4.2.7.1. Carácter Anual del Seguro de Enfermedad-Maternidad

De acuerdo con lo establecido por el INSS, el Seguro de Enfermedad-Maternidad que brindan las EMP está sujeto a la revisión anual del monto del *per cápita* y de los beneficios del plan, y si es necesario, a la readecuación de los mismos. Igualmente, se contempla la desafiliación anual voluntaria por parte del afiliado, de la misma manera que se establece que las prestaciones cesan en el momento en que el empleador retiene la cuota del asegurado, ya sea por mora o por baja del trabajador, frustrando la posibilidad de asegurar al afiliado la estabilidad de varios años en su régimen de salud.

La posibilidad de desafiliación anual por parte del afiliado, tiende a desincentivar las acciones que podrían realizar las EMP en materia de prevención, que resultan más costo-efectivas para la preservación de la salud, al permitir, con un menor costo la

eliminación o reducción de las posibilidades de contraer enfermedades.

Esta falta de proyección de los costos del sistema en una perspectiva de largo plazo, más el hecho que el Seguro de Enfermedad-Maternidad (que cubre sólo parcialmente a los asegurados en la tercera edad) disminuye, y en un momento dado, elimina la posibilidad de permanencia del afiliado, cuando aumenta su riesgo de uso de prestaciones al llegar a la tercera edad.

Los afiliados a las EMP de acuerdo a lo establecido por el INSS en el Modelo de Salud Previsional, al llegar a la tercera edad que es cuando aumenta su riesgo de enfermarse, tendrán que afrontar el retiro de sus beneficios, en una circunstancia en la que simultáneamente disminuyen sus ingresos al pasar a la edad pasiva. En otras palabras, aún cuando el INSS ya ha dado inicio a la operación del programa de atención al adulto mayor, debido a la escasa cobertura de este minipaquete de servicios, el asegurado enfrenta una grave limitación de acceso a los beneficios del sistema justamente cuando más los necesita, debiendo ser trasladado a los servicios públicos estatales del MINSA con la consiguiente sobrecarga del sistema estatal.

4.2.7.2. Problemas de Financiamiento de Eventos Médicos Catastróficos

Se entiende por eventos catastróficos, las enfermedades crónicas u otros trastornos de la salud que demandan intervenciones complejas, tratamientos largos u otras prestaciones con un costo excesivo en relación con el monto de las cotizaciones aportadas al INSS y con la capacidad del INSS para asegurar un *per cápita* acorde.

El Modelo de Salud Previsional contempla cobertura reducida para casi todas las prestaciones que se requieren en estos casos, limitando la posibilidad de utilización de las prestaciones requeridas, por lo que la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas o catastróficas terminan en el sistema estatal. No obstante, aquellas EMP que concentran una mayor

proporción de afiliados con patologías con cobertura que caen en el grupo de los eventos médicos catastróficos, tienen que enfrentar un deterioro de su competitividad general.

Lo anterior puede generar dificultades al sistema a largo plazo, en la medida que puede crear crecientes presiones futuras sobre el sistema estatal.

4.2.8. Falta de Transparencia del Mercado

Debido a lo nuevo del Modelo de Salud Previsional, al usuario le resulta muy difícil conocer a cabalidad la cobertura de su plan de salud y tener plena conciencia de sus derechos y obligaciones. Generalmente, el asegurado, al presentarse a la EMP, tiene una mayor expectativa de sus derechos que los que realmente le confiere el Modelo de Salud Previsional.

Cabe señalar, que la falta de transparencia propia de este mercado juega contra las EMP, ya que, en cierta medida, contribuye a favorecer el sobre uso o mal uso de prestaciones y de subsidios médicos por parte de algunos asegurados, hechos estos que resultan generalmente difíciles de detectar y controlar.

Las EMP también tienen dificultades para evaluar acertadamente el riesgo que asumen al celebrar un contrato de salud con un afiliado, debido ya no al ocultamiento de información por parte de algunos afiliados, sino a la obligatoriedad de afiliar al asegurado, independientemente, de sus condiciones preexistentes. Si bien es cierto que para controlar estas situaciones el INSS ha introducido una serie de salvaguardas, tales como exclusiones y períodos de espera, así como a la exclusión de las coberturas de aquellos cotizantes y beneficiarios de tercera edad o con enfermedades preexistentes de difícil acotación, en la práctica, dado que estas restricciones limitan la posibilidad de acceso al sistema y perjudican a una buena parte de los cotizantes, se genera en la opinión pública y en los medios de comunicación masiva una fuerte crítica y presión contra las EMP, las que se ven obligadas, bajo esta presión, a prestar servicios que estaban originalmente fuera de contrato.

En definitiva, estos factores generan ineficiencias e incrementos del costo del seguro que pueden ser trasladados a los usuarios por parte de las EMP, vía restricción de beneficios o adopción de controles excesivos al uso de determinados beneficios.

Las imperfecciones del mercado del Modelo de Salud Previsional se suman a otras imperfecciones propias del mercado de la salud, lo que acentúa las ineficiencias en la asignación de los recursos del sector. En general, el paciente carece de capacidad para optimizar la elección del prestador de servicios de salud y para evaluar sus prescripciones, lo cual resulta bastante relevante, por ser estas últimas las que generan la demanda de prestaciones en servicios de diagnóstico y tratamiento, cuyos costos son asumidos por la EMP.

El seguro de salud, en el que el asegurado no tiene que hacer ningún copago, tiende a agravar estos problemas, porque contribuye a incentivar el aumento excesivo de la demanda por diagnósticos y tratamientos al eliminar la responsabilidad total del costo directo de las prestaciones por parte del usuario.

En esta forma, la falta de transparencia del mercado atenta contra la competencia y la eficiencia del sistema, lo que resulta grave por tratarse de un seguro obligatorio, donde está en juego el financiamiento de la atención de salud de un segmento importante de la población.

4.3 Recomendaciones Generales para el INSS

4.3.1 Extensión de la Cobertura Poblacional

La baja cobertura es uno de los mayores problemas de la seguridad social en Nicaragua. Hemos sido colocados entre los cuatro países de América Latina que tienen la cobertura poblacional más baja. Por tanto, consideramos que la solución a esta situación debiera ser la principal preocupación del INSS pues muy a pesar de las grandes ventajas del nuevo modelo, en la medida que se cubre solo a una pequeña porción de la población, esta respuesta resulta insuficiente y de poco impacto en términos de beneficios a la población en general.

Se han generado fuertes críticas el Modelo Previsional del INSS calificándolo como una respuesta que rompe la equidad a la que tiene derecho la población, pues se considera que el Modelo de Salud Previsional está privilegiando a un grupo muy reducido, mientras el resto de la población no tiene acceso a un paquete de servicios de similar calidad.

De acuerdo al Dr. Carmelo Mesa-Lago² una política de extensión de cobertura enfrenta tres tipos de problemas: las características estructurales propias del mercado laboral nicaragüense; el régimen de contribuciones; y la pobre capacidad económica del Estado para subsidiar la extensión de cobertura a los grupos de más bajo ingreso. A los efectos de obviar estas limitaciones, el experto, hizo algunas recomendaciones en el año 1997 en el marco de una propuesta de reforma realizada con el apoyo de la Fundación Friedrich Ebert.

Una de sus propuestas era:

“la creación del régimen especial de afiliación facultativa, en el cual el asegurado dispone de flexibilidad para escoger individualmente cada una de las coberturas: IVM (dentro de éste, con opción de vejez, invalidez y sobrevivencia), EM y RP.

Como la mayoría de los trabajadores no asegurados no tienen una relación laboral de dependencia (o sea, son independientes o por cuenta propia) y por ello, a su contribución como trabajador deben agregar la correspondiente al empleador (que no tienen), lo cual resulta en una contribución total que es entre 3 y 8 veces mayor que la del trabajador asalariado en los regímenes integral e IVM/RP, respectivamente, se proponía que aparte de brindarle al solicitante la posibilidad de escoger optativamente coberturas por separado, se establecieran tasas de contribución diferenciales según el ingreso de referencia (ingreso presuntivo), y que se estableciera, además, un ingreso mínimo de contribución inferior al establecido para los asalariados y que se fijara una pensión mínima inferior que la aplicable a los asalariados. Posteriormente, si después de evaluar actuarialmente

se identificaban recursos adicionales en el INSS se sugería que estos se utilizaran para subsidiar la afiliación facultativa del grupo de más bajo ingreso”.

Se considera que estas sugerencias siguen siendo válidas. A la fecha no se han aplicado con suficiente impacto las políticas dirigidas a reducir la carga de contribuciones al trabajador independiente para atraerlo a la Seguridad Social. Se sigue trasladando toda la carga de responsabilidades al posible asegurado con lo que se ha mantenido activa la principal causa y obstáculo para la extensión de coberturas.

Se considera conveniente retomar con mayor creatividad la necesidad de establecer tasas de contribución diferenciales según el ingreso y formas de subsidiar la afiliación facultativa del grupo de más bajo ingreso.

Otra propuesta del Dr. Mesa-Lago consistía en que: “Adicionalmente el Estado debe considerar dedicar parte de los ingresos o acciones por la privatización de empresas públicas para crear un Fondo Especial para subsidiar la incorporación de trabajadores independientes y de bajo ingreso al régimen facultativo de la Seguridad Social”.

Esta opción sigue siendo igualmente válida. Hasta hoy las ganancias de los procesos de privatización de entes estatales, no han sido aplicadas en forma estratégica para incentivar la afiliación de los trabajadores por cuenta propia. Por el contrario, en el año 2000 el Estado más bien redujo su tasa de contribución a la Seguridad Social.

Finalmente, una tercera recomendación que elevamos por nuestra parte, apunta a acelerar otros procesos paralelos que conlleven a captar como asegurados a sectores bien definidos del denominado “sector informal” principalmente ligado al comercio y a cooperativas de transporte. A la fecha, muchos coinciden en que esta opción es altamente viable a pesar de ser también altamente compleja. Cualesquiera que sean los obstáculos que se visualizan, frente a los posibles beneficios a obtener,

no justifican el retraso de al menos una experiencia piloto.

4.3.2. Reducción de la debilidad jurídica del sistema

A pesar de que hay en general, tanto en las autoridades de Gobierno como en las Autoridades de Salud y de la Seguridad Social, un fuerte convencimiento de que el INSS debe consolidar su papel dentro del Sistema Nacional de Salud como resultado final del proceso de modernización del INSS, fortaleciendo el Modelo de Salud Previsional y dotándolo del marco legal y regulatorio que le permita consolidarse en el futuro; todavía no se logran avances significativos en la consolidación del Marco Jurídico.

Desde el año 2001 se introdujo a la Asamblea Nacional el anteproyecto de Reforma a la Ley Orgánica de la Seguridad Social sin que se lograran espacios de concertación suficientes para que la iniciativa de Ley fuera aprobada.

Los cambios de autoridades de Gobierno a inicios del año 2002 dilataron el proceso en la medida que estas se propusieron cambiar radicalmente el anteproyecto introducido sustituyéndolo por uno nuevo. A la fecha de este trabajo la nueva versión del anteproyecto recién ha sido remitida a las EMP -que son actores importantes de la nueva Reforma- después de varios meses de gestión.

Queda pendiente por hacer un esfuerzo serio y urgente para lograr la concertación política necesaria entre actores importantes y la Asamblea Nacional para que dicho proyecto de ley de Reforma pueda sustituir a la actual Ley de Seguridad Social de Nicaragua.

Una de las grandes debilidades del proceso actual de revisión de la Reforma de la Ley, es haber dejado fuera a la Cámara de Empresas Médicas Previsionales (CEMP) en el período previo a su envío a la Asamblea Nacional (AN), pues ésta representa al actor social más importante del modelo, y hubiese sido importante enviar a la Asamblea Legislativa una propuesta debidamente consensuada.

La Ley, al estar remitida a la AN sin los aportes de las EMP, se ha obligado a esta a hacer su lobby directamente con la Comisión de Salud de la AN para lograr introducir cambios necesarios.

Se recomienda que aunque la propuesta de reforma a la ley ya esté en el poder legislativo, el INSS promueva una participación conjunta con la Cámara de Empresas Médicas Previsionales en aquellos aspectos en los que las dos partes estén de acuerdo para tener mayor fortaleza.

Es la expectativa de muchos sectores que la nueva Ley permita legalizar la operación del Modelo de Salud Previsional con la compra de servicios a las Empresas Médicas Previsionales asegurando la estabilidad futura del Modelo de Salud Provisional.

4.3.3. Incremento de servicios en la canasta de prestaciones

El INSS ha hecho frente al reto de ampliar la cobertura de la canasta básica de prestaciones médicas, pero estos esfuerzos han resultado insuficientes ante la población. El efecto inicial que tuvo el Seguro de Enfermedad Maternidad estimulando la afiliación general al Seguro Social prácticamente se ha disipado. Las coberturas de población asegurada permanecen relativamente estáticas y más bien para el segundo semestre del año 2002 experimentaron descensos significativos (alrededor del 17%) en el número de afiliados totales.

El INSS identificó desde el año 2000 las siguientes tareas pendientes para el mejoramiento de la canasta de prestaciones:

1. Ampliación de la canasta actual de prestaciones para cubrir la totalidad de las patologías agudas, comunes y de costo no catastrófico.
2. Introducción de un paquete de cobertura de patologías de alta complejidad.
3. Actualización de medicamentos discontinuados o de poco uso, por fármacos

de mayor costo beneficio y costo efectividad.

4. Incorporación de nuevas patologías con sus respectivos tratamientos, diagnósticos y medicamentos.
5. Incorporación de exámenes de apoyo diagnóstico, y especiales.

No obstante los esfuerzos para incluir nuevas enfermedades, exámenes, medicamentos y cirugías a las listas existentes tuvieron sólo un pequeño resultado en junio 2002, cuando se depuró el listado para dejar patología que tuvieran respaldo con medicamentos o para incluir medicamentos para patologías que ya estaban en el paquete pero que por error se dejaron sin tratamientos. Igualmente se completaron algunos procedimientos diagnósticos, sin embargo, en general, la mejoría que se hizo fue de apenas 9 córdobas cuando el *per cápita* era de 160 córdobas, es decir, se mejoró la cobertura solamente en un 5%.

La ampliación de coberturas de la canasta de prestaciones debe enfrentar la superación de dos aspectos que después de 10 años de operación del Modelo son muy claros para todos los actores del Modelo de Salud Previsional: Uno, el más importante, es la inclusión de patologías que no están ni en el listado de inclusiones, ni en el listado de exclusiones, es decir que no están ni incluidas ni excluidas. Este grupo de patologías y condiciones es muy extenso y muy relevante. Por su importancia cada vez que aparecen como demandas reales ante las EMP provocan reacción, pero han estado sujetos a interpretaciones individuales, muy variables y discrecionales por parte de los funcionarios de turno en el INSS lo que en muchos casos ha producido inconformidad a las EMP. El segundo aspecto a superar es la inclusión de patologías y condiciones que están incluidas en los listados de exclusiones. Por su importancia este aspecto se analizará en el acápite siguiente.

Desde el inicio del modelo ha habido una controversia no terminada entre el INSS y las EMP. Ambas partes discuten sobre si todo lo que no está incluido queda excluido, y viceversa si todo lo que no está excluido queda incluido. El criterio de las EMP es que dado que en el *per cápita* se calculan eventos reales con frecuencias y costos reales, todo lo que no fue incluido en este cálculo debe obligatoriamente estar excluido de la responsabilidad contractual. Esta argumentación tiene una lógica contundente pues exigir a las EMP cobertura de patologías cuyos costos no fueron debidamente calculados financieramente produciría un desbalance financiero, la quiebra de las empresas y por consiguiente la quiebra del Modelo de Salud Provisional.

Por su parte, el INSS, que ha mantenido en secreto los detalles del cálculo del *per cápita*, alega que éste contempla amplitud para la cobertura de riesgos que no son muy claros para las EMP porque no están basados en la demostración de cálculos precisos, sino en la aseveración de los funcionarios, que reclaman una especie de acto de fe y de confianza.

4.3.4. Acciones para la reducción real de las exclusiones

La reducción de las exclusiones explícitas del actual Modelo de Salud Previsional sigue siendo un reto difícil, que se podrá cubrir solo a través de un proceso estratégico y progresivo, para ir ampliando la cobertura y disminuyendo las exclusiones.

Un hecho que ha generado grandes tensiones ante las EMP es la ampliación de coberturas por “decreto” que ha hecho el INSS. Estos decretos se basan en la interpretación que hace el funcionario de turno en el INSS de lo que está escrito en forma ambigua en la canasta. Tres casos recientes se pueden citar como ejemplo:

1. El primero es el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) que fue incluido porque en el listado de prestaciones aparece en cobertura la neumonía viral. Las EMP alegaron que siendo una patología

desconocida hasta la fecha en que apareció y que siendo una condición que produjo emergencias nacionales en los países donde se presentó, era ilógico que se diera por incluido solamente porque la definición genérica estaba incluida y que siendo el costo de atención desproporcionado y claramente fuera de los cálculos del *per cápita* no podía estar incluido.

2. El segundo caso fue la Epidemia de Conjuntivitis Hemorrágica que por las mismas razones fue decretada como incluida. Las EMP argumentaron que los paquetes de prestaciones médicas siempre incluyen frecuencias endémicas conocidas y solamente los costos de estas. Las epidemias que suceden una vez por década, lógicamente quedan excluidas pues no figuran en el cálculo de las frecuencias del *per cápita*.
3. Un tercer caso es el VIH-SIDA, coberturas en las que el INSS decretó que mientras la persona fuera seropositiva las “patologías comunes” que presentara debían ser cubiertas por las EMP. Estas a su vez alegaron que en general la presencia de manifestaciones clínicas de un paciente seropositivo implica el paso de la seropositividad a la condición de SIDA y que en todo caso la exclusión establece claramente que los pacientes VIH-SIDA deben pasar al programa específico del MINSA.

Esta “reducción de las exclusiones” no es apropiada y en general aunque traslada al asegurado nuevos derechos de prestaciones, tiene el enorme inconveniente de deteriorar las relaciones del INSS con los prestadores de servicios, al mismo tiempo que compromete en forma arriesgada la subsistencia del modelo, puesto que en uno de esos disparos puede haber un daño irreversible a la sanidad financiera de las EMP.

El verdadero proceso de reducción de exclusiones implica calcular el costo de cada exclusión y la búsqueda de financiamiento para su cobertura. Ese proceso obviamente está en dependencia de las posibilidades de recaudación del INSS y del incremento del número de asegurados activos del país. El INSS antes que pensar en reducir exclusiones tiene primero que ampliar la cobertura territorial y de asegurados de sus seguros y regímenes a un número tal que las recaudaciones sean suficientes para cubrir los costos de los nuevos servicios que dejarán de estar excluido y pasarán a estar incluidos.

Si bien es cierto que el incremento de las recaudaciones corre ligado al aumento de la fuerza laboral y a la reactivación económica del país, dos líneas se identifican como viables desde ya y se recomiendan al INSS como un elemento que puede ayudar a avanzar en los procesos de reforma:

1. La aplicación más rigurosa de la Ley para recuperar la mora que se produce en los empleadores. Las acciones que pueda tomar el INSS gozarán del apoyo incondicional de la sociedad civil, de los sindicatos, de las Empresas Médicas Previsionales y de los actores sociales más relevantes, pues es un hecho que la mayoría de los empleadores morosos han estado deduciendo la cuota obrera a los trabajadores y con su ilegal proceder han dejado sin cobertura de servicios de salud a quienes más la necesitan. Algunos especialistas en Leyes han reclamado que los asegurados tienen derecho a recibir la atención médica aunque el patrón no esté al día, con lo que transfieren la responsabilidad al INSS alegando que este tiene que brindar la atención al trabajador y recuperar por la fuerza de la ley la cuota obrero patronal del empleador con las respectivas multas. El INSS se ha limitado a quitar el derecho de atención al trabajador con el argumento de que si brinda la atención se reduciría la

presión de los trabajadores a sus empleadores lo que incrementaría la mora.

2. La incorporación de los sectores informales del sector comercio y servicio, a los regímenes integrales de la Seguridad Social. Como se señaló antes, muchos empleadores de este sector pueden ser identificados y obligados por la ley a incorporarse al Seguro Social. En el caso que este sector requiera consideraciones especiales por su papel económico, deberá asumirse una política adecuada a sus posibilidades y establecer por parte del Estado una política de subsidios con los escasos recursos fiscales disponibles, toda vez que la captación de este grupo cuyo tamaño es significativo, es de por sí un avance importante en la ampliación de coberturas con servicios de salud a la población en general y significaría una inversión de bajo costo para ampliar coberturas. Hay que recordar que solamente el 6% de la población recibe estos servicios actualmente.

4.3.5. Reformas al Programa de Enfermedad-Maternidad (EM)

Se debe realizar de manera urgente, una evaluación financiera y actuarial del programa EM, para determinar un mejor uso de la prima actuarial del 8.5%, pues el uso actual de la misma ha dado la impresión de ser excesiva para el costo de este programa. La actual administración del INSS ha reconocido públicamente que gracias a su eficiente gestión están quedando al INSS importantes saldos de esta cuota técnica. Esos saldos se incrementarían si se recuperaran los fondos que se han utilizado para financiar a otras ramas de seguro del INSS y si se aplica férreamente la ley para la recuperación de las cuotas en mora.

Pero antes de tomar medidas que debiliten la rama del Seguro Enfermedad-Maternidad, se debe

reconocer que los saldos que actualmente se producen podrían estar explicados, antes que nada, por lo limitado de la canasta de prestaciones, de tal manera que primero se debería cubrir la obligación de extender la cobertura de prestaciones a un nivel que elimine las quejas constantes de la población o que retome los niveles de prestación o cobertura máxima que alguna vez tuvo el INSS en el pasado.

Si al final de la ampliación de la canasta de prestaciones, que lógicamente implicará mejorar el monto del *per cápita* vigente, quedaran aún importantes saldos de la prima de EM y se podría pensar en trasladar esos remanentes a otras ramas de seguro.

Otro aspecto que el Dr. Carmelo Mesa-Lago enfocó su propuesta de reformas al Seguro Social en 1997 fue la siguiente:

La actual retención del 8.5%, que debía legalmente transferirse al SNUS y que se dedicó a financiar a las Empresas Médicas Previsionales (EMP), tiene ventajas y desventajas. Entre las primeras está el incentivo a los asegurados del INSS para permanecer en el programa de EM, a fin de recibir atención de salud superior a la del SNUS; esto al menos ha parado la severa desafiliación que estaba ocurriendo. Pero la contrapartida de esto es que se ha privado al SNUS de recursos importantes para asistir a la población no cubierta por el INSS y mejorar la calidad de sus servicios. A fin de contribuir a resolver este dilema, una opción que debe evaluarse, es la conveniencia de que parte de la contribución del 8.5% se transfiera en solidaridad al SNUS y parte se retenga en el INSS para mejorar la atención en las EMP.

Con las argumentaciones previas se ha dejado establecido que esta recomendación ya no es viable, ni de hecho, ni de derecho. Por la vía de derecho ya no es más una obligación legal la transferencia de la cuota técnica al SNUS pues la aprobación de la nueva Ley General de Salud ha modificado radicalmente esta relación habiendo desaparecido formalmente el SNUS. Por la vía de hecho, ha quedado demostrado

que la ampliación de cobertura a patologías actualmente sin cubrir, la ampliación de servicios para atender mejor esas patologías y finalmente la ampliación de coberturas a nuevos grupos de edad consumirían totalmente la mencionada cuota técnica.

Las recomendaciones para abordar la insuficiencia del financiamiento público, valga decir del MINSa, se ha abordado en este documento en el acápite correspondiente de las recomendaciones al MINSa.

Otras recomendaciones realizadas por el Dr. Mesa-Lago que consideramos siguen teniendo vigencia son:

- *Definir prestaciones básicas, diferenciadas para los asegurados, con posibilidades de copago (a cargo de pacientes) para servicios adicionales en las EMP.*
- *Destinar un mínimo de recursos para financiar en las EMP actividades preventivas (generar externalidades), tales como información, educación, vacunación, etc.*
- *Garantizar la coordinación del programa de EM en el INSS con el resto de los programas públicos de salud (MINSa, agua, alcantarillado, etc.).*

De estas recomendaciones nos parece muy relevante retomar especialmente la identificación y financiamiento de un paquete, más definido y más integral, de actividades preventivas. Seguramente esto producirá un nuevo efecto energizante en la percepción de avances en materia de reforma del Seguro EM.

Dadas las dificultades persistentes en la interpretación de lo que realmente está cubierto y lo que no está cubierto en la canasta actual de prestaciones, sería muy saludable que este paquete preventivo fuese separado claramente del paquete curativo y que su costeo también fuese realizado en forma separada. Además, las estrategias, deben someterse a una discusión técnica muy seria que será necesario aplicar

para que dicho paquete de acciones preventivas sea asimilado sin tensionamiento por parte de las Empresas Médicas Previsionales y para evitar el rechazo, o la falta de interés, que se ha visto en la experiencia de otros países.

4.3.6. Reforma en Riesgos Profesionales

Se recomendaron las siguientes acciones para mejorar el programa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RP), desde estudios anteriores:

Continuar y expandir el “nuevo modelo de seguro de riesgos laborales” que se viene instaurando, el cual incluye, entre otras, las siguientes medidas:

- *Transformación de la prima fija y uniforme del 1.5% sobre los salarios cotizables, en una prima diferenciada de acuerdo con la naturaleza del riesgo y la siniestralidad de la empresa.*
- *Establecer premios para aquellas empresas que reducen la siniestralidad, y castigos para las que muestran incrementos.*
- *Imponer recargos sobre la tasa de contribución específica a los empleadores que no cumplan con las medidas de higiene y seguridad laboral establecidas.*
- *Proveer educación y capacitación preventiva a las empresas, para facilitar las medidas de reducción de siniestralidad y mejora en la prevención y seguridad en el trabajo.*
- *Revisar el esquema de requisitos y prestaciones de RP, para hacerlo compatible y coherente con el programa de invalidez común, así como revisar los criterios de calificación de RP.*

Fue muy difícil por lo cerrado de la información del INSS, saber si estas reformas se han aplicado cabalmente y a profundidad. Hasta donde se pudo averiguar la prima sigue siendo uniforme y no

diferenciada según la naturaleza del riesgo y la siniestralidad de la empresa, aunque si se sabe que se ha establecido un sistema de premios y castigo según el grado de siniestralidad y que hay un programa mínimo de educación y capacitación preventiva a las empresas, para la reducción de la siniestralidad y para la mejora en la prevención y seguridad en el trabajo.

4.3.7. Reforma a la Administración del INSS

Dando seguimiento a las recomendaciones del Dr. Carmelo Mesa-Lago en 1997, en relación con este aspecto encontramos lo siguiente:

Uno de los problemas tradicionales de la seguridad social en América Latina ha sido la falta de autonomía de la institución gestora y la excesiva intromisión del Estado en aquella. Es necesario, pues, reforzar la autonomía del INSS y controlar la intervención del Estado.

El problema es cómo hacerlo. Una alternativa sería tratar de asegurar dicha independencia mediante el nombramiento del Presidente Ejecutivo del INSS. Por ejemplo, tendría que ser electo por la Asamblea Legislativa basado en ternas propuestas por las tres partes involucradas en el sistema (trabajadores, empleadores y Estado). El problema de esta alternativa es que si el partido de gobierno controla la Asamblea Nacional escogería el candidato propuesto por el Ejecutivo. Por lo contrario, si la oposición controla la Asamblea Legislativa y escoge un candidato de su preferencia, ocurriría una situación en que el Presidente del INSS estaría aislado de otros actores claves en el gobierno, por lo cual su gestión no sería efectiva y se crearían serios conflictos. La segunda alternativa sería que el Ejecutivo nombrara al Presidente del INSS y se creara una Junta Directiva (o se implantara el mandato legal que hoy no se cumple). Dicha Junta se integraría por seis miembros propuestos en ternas por los sectores laboral, empresarial y estatal. La Asamblea Legislativa por mayoría escogería los dos representantes de cada uno

de los sectores. Para evitar que la Junta se cambie por entero en cada período presidencial y asegurar un mínimo de continuidad, el período de servicio de los miembros de la Junta debe ser mayor al término presidencial, y se rotaría un miembro de la Junta cada año.

En la actualidad el Consejo Directivo del INSS ha sido integrado por los tres sectores mencionados y sin embargo, a nuestro juicio, adolece todavía de la representatividad adecuada. Con el cambio en las reglas del juego que resultó en la separación de la función financiadora de la función de

provisión de la atención médica, se ha creado la necesidad de revisar técnicamente la necesidad de cambios en las representaciones ante el Consejo Directivo para incorporar a la parte que representa a la función prestadora. Aunque todavía es muy discutible el papel que podría jugar en el Consejo Directivo una representación de los proveedores de servicios médicos a los asegurados -que son una parte sustantiva del nuevo modelo- se considera necesario revisar los planteamientos que estos han elaborado para sustentar la integración de uno o dos representantes en el Consejo Directivo.

Por la parte de la búsqueda autonomía, persisten los indicios de que aún no se logrado la autonomía necesaria, sugerida y requerida. Y si bien es cierto, que ha disminuido la abierta participación partidaria del pasado reciente, subsiste la percepción de que sigue habiendo una excesiva intromisión del Estado en las decisiones del INSS por lo que se desconocen datos precisos que apuntalen lo aseverado en esta parte, pero, justamente este manejo cerrado de la información que debería ser pública ya es una evidencia en sí misma.

Otros señalamientos hechos en 1997 consistían en lo siguiente:

El INSS no otorga atención de salud directa que es la que requiere más personal y genera la gran mayoría del gasto administrativo pero, a pesar de ello, el porcentaje del gasto administrativo en el total fue de

10.5% en 1995, el cual es extremadamente alto. Dicho porcentaje debe reducirse aproximadamente a 6% a través de varias medidas que se resumen a continuación.

- *Comprobar cuál es el número actual de empleados del INSS y su distribución por programas, y si efectivamente la relación de empleados por 1,000 asegurados se redujo de 10.5 a 4.1 en 1994-95 (debido al traspaso de personal del INSS al FONIF). Si se comprobase que el número de empleados es mayor que el reportado y que la correspondiente relación es más alta, deben ambos reducirse drásticamente.*
- *En todo caso deben eliminarse las planillas complementarias, las tarjetas de crédito al personal y los pagos excepcionalmente altos por servicios externos.*
- *Asignar el número de personal adecuado por programa, re-entrenar el personal para las nuevas tareas que se les asigne (por ejemplo, computación, procesamiento electrónico de datos), introducir la carrera administrativa y establecer un procedimiento adecuado de contratación, ascenso, fijación y aumento de salario basado exclusivamente en la calificación y esfuerzo del empleado, a fin de retener a los valiosos, especialmente a los expertos con larga experiencia.*
- *Mejorar el sistema contable, modernizándolo, haciéndolo más transparente, preciso y eficiente, y que separe la contabilidad por programas (IVM, RP y EM) en vez de por regímenes (contributivo, no contributivo, etc.); separación de los gastos administrativos por regímenes de afiliación en vez de por programa; inclusión de gastos inapropiados en los egresos; y uso rubros vagos o erróneos en las cuentas de los*

estados financieros y en la inversión de las reservas, etc.

- *Reformar y modernizar el reglamento financiero, dictar un reglamento de inversiones ágil, crear una comisión de inversiones de carácter técnico, elevar el nivel técnico del personal de inversiones y explorar opciones de administración conjunta con el sector privado. Renegociar los bonos del Estado que están a largo plazo y con rendimiento real bajo o negativo.*

Se considera que estas recomendaciones continúan teniendo validez pues aunque se ha avanzado en alguno de estos aspectos todavía el sistema en general manifiesta algunas debilidades que demuestran que hace falta profundizar estas acciones y no existen mecanismos que permitan medir el grado de avance con detalle en cada aspecto aquí abordado.

Consideramos que este estudio y la posterior reunión de expertos que se realizó para su validación podría ayudar a cuantificar mejor los avances específicos de estas recomendaciones. También se considera oportuno que el INSS brinde mayor información para conocer las cifras reales y oficiales.

4.3.8. Revisión del papel del PMSS del INSS

El papel del Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS) en el INSS debe revisarse con el objeto de evaluar su eficiencia y su apego con las necesidades reales del proceso. La UC-PMSS se ha limitado a ejecutar acciones y actividades de componentes que fueron definidos al inicio del proyecto y que con el tiempo se ha visto que no incluyeron acciones más relevantes o más apropiadas a las condiciones de la coyuntura nacional. Una debilidad que se puede señalar es que ha sido característico del PMSS operar con un funcionamiento muy cerrado. Las EMP en su calidad de contrapartes o de beneficiarias directas de algunos

componentes, se enteran de las acciones cuando éstas ya se están ejecutando o cuando terminaron y eventualmente se dan a conocer los informes finales de las consultorías.

Ha sido muy notoria la suspensión de las encuestas de satisfacción que se realizaron cada dos años, en 1996, 1998 y en el 2000. Estas encuestas permitieron conocer el nivel de aceptación del Modelo de Salud Previsional por los asegurados y sirvieron de un estímulo importante para el mejoramiento de la calidad de los servicios, ya no por exigencias del INSS, sino por el afán de satisfacer cada vez más las necesidades de los asegurados, que al final eran los que calificaban a cada EMP.

Otras acciones han quedado inconclusas o llevan un ritmo muy lento, mereciendo destacarse:

1. El postgrado en Gerencia de Servicios de Salud ejecutado por la UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS (ULAM). Este postgrado se efectuó durante el año 2002 y concluyó en el mes de septiembre. Sin embargo, a julio del 2003 no se habían entregado los respectivos diplomas. Por la parte de las EMP se solicitó una extensión del programa para llevarlo al nivel de maestría.
2. A dos años de haber finalizado el proceso de revisión del Reglamento del Seguro de Enfermedad-Maternidad, no se emite el nuevo reglamento y se continua aplicando el mismo, cuyas inconsistencias han sido más que evidenciadas.
3. Las consultorías para el proceso de certificación produjeron un resultado muy cuestionado que todavía a un año de ejecución se está revisando para hacerle transformaciones significativas. Estas revisiones han retrasado bastante la consecución de los objetivos propuestos y generaron grandes inconformidades en las EMP. Los resultados de la primera

evaluación evidencian que el instrumento propuesto carecía de la suficiente adaptación a la realidad nacional.

4. Los retrasos de más de cinco años en el desarrollo de los sistemas de información del INSS. Las EMP han recibido desde el año 1998 el ofrecimiento de que “pronto” estarían disponibles los sistemas de información para la toma de decisiones en el Modelo de Salud Previsional. A la fecha, persisten la falta de identificación de los beneficiarios derechohabientes, y las deficiencias en los sistemas de información en general.

Para mejorar el funcionamiento del PMSS y lograr un mejor aprovechamiento de sus recursos se recomienda retomar la misma sugerencia que se está haciendo en este documento en relación con el MINSA consistente en integrar un Comité Multidisciplinario contraparte de la UC-PMSS.

Este Comité con las características descritas en el acápite correspondiente puede ser el mismo para el MINSA y para el INSS. Solamente en el caso en que haya consenso en que las tareas son diferentes, aún cuando las funciones serían las mismas, se podría valorar la opción de crear un Comité para el MINSA y otro para el INSS.

4.3.9. Establecer una metodología estándar de cálculo del *per cápita*

Con o sin incremento de la canasta de prestaciones, es urgente establecer una metodología estandarizada de cálculo del *per cápita* periódicamente. El contrato INSS-Prestadores de Servicios Médicos, establece explícitamente que debido a la devaluación sistemática del córdoba y debido al incremento de los costos y gastos para brindar la canasta de prestaciones la revisión de la suficiencia del *per cápita* debe hacerse al menos una vez por año. No obstante este convenio nunca se ha respetado y cada vez que hay un reajuste del *per cápita* las acciones de ambas partes para lograrlo son heroicas. En diez

años el INSS no ha podido desarrollar una metodología estandarizada de medición de costos en las EMP que le permita conocer exactamente como se mueven los costos de la prestación, con la consecuencia de que tampoco se ha definido exactamente como deben clasificarse los costos indirectos que se incurren en la prestación de servicios.

Establecer de una vez por todas una metodología de cálculo del *per cápita* debidamente sustentada en sendos instructivos de clasificación de los costos y gastos por las EMP, acabaría con las angustias de ambas partes cada vez que debe revisarse el *per cápita*, pues se sabría en cada momento si este es suficiente o si no lo es. En todo caso la discusión debe ser sobre si hay o no capacidad del INSS para cubrir los nuevos costos. Ello ayudaría además a hacer más transparente el uso global de los fondos recaudados por la Institución.

Cada incremento de prestaciones en la canasta debe conllevar obligatoriamente al aumento del monto del *per cápita* vigente y, para evitar problemas, se recomienda al menos tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- El necesario incremento a los salarios médicos y personal paramédico, para hacerlos más justos y dignos con el fin de ganar las simpatías del gremio médico y de los trabajadores de la Salud.
- Los incrementos progresivos de los costos de los servicios públicos (energía, agua, teléfonos, etc.).
- El incremento progresivo de los costos de los sub-prestadores de servicios de las EMP.
- Considerar la política de devaluación progresiva de la moneda que está establecida en el país y que actúa inclementemente en los costos de operación del modelo.
- Los costos de inversión que están directamente ligados a las cada vez más elevadas exigencias de calidad de la atención y de los servicios médicos por parte del INSS.

- Diferenciación del *per cápita* según grupos de edad y riesgos, dado que el riesgo no es igual para todos los grupos de población.

De igual manera deberá explorarse otras modalidades de pago para la cobertura de eventos médicos crónicos o catastróficos cuya solución se escape de las posibilidades del modelo *per cápita* actual.

4.3.10. Perfeccionar el proceso de Certificación

El proceso de certificación desarrollado por el INSS a partir de Junio 2002, fue ejecutado sin seguir los pasos técnicos para programas de gran envergadura, dirigidos a cambiar radicalmente las reglas del juego. En efecto, aunque se cambió totalmente el perfil aceptado hasta esa fecha de lo que debía ser una EMP, lo que implicaba una transformación impresionante de las estructuras de las EMP, no se estimó ningún período para realizar dichas transformaciones. De la noche a la mañana las EMP fueron evaluadas con estándares cuyos criterios de calificación no se conocían en detalle y consecuentemente las mejores instalaciones hospitalarias no pudieron llegar a alcanzar el mínimo puntaje establecido. Se tuvo que bajar el puntaje mínimo para que pudieran pasar algunas EMP lo que deslució completamente al proceso e impidió alcanzar el objetivo real de mejorar la calidad de los servicios que recibe el asegurado.

Por otra parte fue notoria la mezcla de estándares de habilitación y de acreditación con los estándares propios del proceso de certificación. El MINSa ha reclamado que por esta razón el INSS se ha metido sin querer en el ámbito de las acciones reservadas - por la ley- exclusivamente al MINSa.

Las consideraciones y recomendaciones de la Cámara de Empresas Médicas Previsionales antes de ejecutar el primer proceso de certificación no fueron escuchadas, ni tomadas en cuenta. No fue sino hasta en este año 2003 después de finalizado el primer ciclo de certificación que se llamó a las EMP a un seminario para discutir los criterios que ayuden a perfeccionar la certificación.

No obstante y sin mirar para atrás se recomienda al INSS tomar en consideración los señalamientos realizados en dicho seminario y programar la continuación del proceso en forma más adecuada. Destacan entre las recomendaciones generales a la Certificación las siguientes:

1. Realizar un estudio técnico serio para separar los estándares de habilitación y de acreditación, de los de la certificación. Dejar los primeros a la evaluación del MINSa y a las instancias definidas por la Ley General de Salud y concentrarse como INSS a perfeccionar los estándares relativos a la acreditación.
2. Se debe realizar un estudio técnico muy serio, para lograr consenso sobre la definición de la “Red de Servicios” y sobre la definición del concepto de “Administradoras de Riesgo”. En todo caso debe darse coherencia a los estándares y parámetros incluidos en los instrumentos de evaluación con las definiciones aceptadas por consenso.
3. Se debe definir más claramente el modelo de establecimiento de la salud, (Puesto de Salud, Centro de Salud, Clínica, Policlínica u Hospital) que será aceptado por el INSS para poder firmar el contrato de prestación de servicios a los asegurados. Aquí el INSS debe estandarizar su vocabulario con el que está definido por los procesos de habilitación del MINSa para no producir híbridos y situaciones ambiguas.
4. Una vez definido el nivel mínimo del establecimiento de la salud que requerirá el INSS en la certificación, debe dársele a las EMP que aun no llenen los requisitos mínimos, (pero que están debidamente autorizadas por el INSS desde hace varios años), el tiempo prudencial para llevar a efecto el proceso inversionista que amerite su transformación para alcanzar los niveles

requeridos. Esto elevará en un tiempo relativamente corto (el mínimo necesario que establezca el INSS) la calidad de los servicios que recibirá el asegurado. En el caso de que las EMP pequeñas consideren que no vale la pena la inversión, habrá una reducción del número de EMP con menos condiciones, mejorando la calidad de las que queden vía incremento del número de afiliados y un mejor acceso al financiamiento por la dilución del riesgo.

5. Respetados los pasos anteriores el proceso de certificación será un buen instrumento para elevar constantemente la calidad de los servicios que recibe el asegurado al INSS.

4.3.11. Incremento de coordinaciones con el MINSА

Otro reto importante que debe asumir el INSS para fortalecer al Modelo de Salud Previsional es incrementar sus niveles de coordinación con el MINSА, para la eliminación paulatina de los subsidios cruzados que reciben los asegurados del presupuesto fiscal. A su vez, el MINSА tiene el reto de eliminar los subsidios internos que reciben sus servicios diferenciados o previsionales a expensas de los servicios públicos para personas sin cobertura del Seguro Social.

4.3.12. Fortalecimiento de las relaciones contractuales

Esta línea de acción ha comenzado a materializarse y ha logrado algunos avances, pero es necesario profundizarla hasta lograr un mejor impacto. Tanto el contrato que el INSS suscribe con las EMP como el Reglamento del Seguro Enfermedad Maternidad (SEM), presentan serias lagunas de interpretación y de aplicación. Los esfuerzos que la Cámara de Empresas Médicas Previsionales desarrolló a finales del año 2001 para hacer una revisión exhaustiva del

Reglamento en conjunto con una comisión técnica del INSS, ha sido engavetado en el año y medio que ha transcurrido hasta la fecha. Se sugiere retomar dichas recomendaciones y publicar el nuevo reglamento a la mayor brevedad posible.

Los avances en el componente del Proyecto de Modernización que está específicamente dirigido a este aspecto, han caminado muy lentamente. En el año 2001, se informó a las EMP que iniciarían las acciones, sin embargo, es hasta ahora que se ha abierto el proceso de convocatoria para licitar las capacitaciones a las EMP para mejorar las habilidades gerenciales y la calidad de los servicios.

Existe la percepción de que los costos ligados a los procesos que ejecuta la Unidad Coordinadora de Proyecto son altos en relación a los que invertirían las EMP si el proceso hubiese sido ejecutado por ellas. Es decir, que pudieron haberse utilizado más racionalmente los recursos y obtenido mejores resultados que los que se producirán en el futuro cuando al fin hayan concluido las acciones de este componente. De hecho la Cámara de Empresas Médicas Previsionales (CEMP) elevó a la UC-PMSS en su momento una propuesta de reforma al contenido del componente para elevar su calidad y su profundidad, la cual no fue tomada en cuenta, perdiéndose la posibilidad de haber incluido aspectos realmente relevantes para el funcionamiento del Modelo. Los temas sugeridos por la CEMP seguirán esperando aún cuando se ha fundamentado prolijamente que son mucho más importantes que las acciones que se llevan a efecto.

La tarea de fortalecer las relaciones contractuales comienza por hacer los ajustes necesarios al reglamento y al contrato vigente, con el fin de:

- Hacerlos más claros, definidos y justos para ambas partes.
- Incorporar procedimientos no previstos al momento de su elaboración, pero que en la práctica funcionan de manera debidamente establecida y que sometidos a discusión

entre las partes han sido modificadas de mutuo acuerdo.

- Depurar errores de conceptos y perfeccionar su contenido regulatorio.

Una vez concluida la revisión del marco regulatorio y del espíritu del contrato, el INSS y las EMP tienen el reto de hacer cumplir y respetar el contrato y sus nuevas reglamentaciones.

4.3.13. Mejoramiento de las relaciones con el gremio médico

Para ganar aliados entre quienes hoy se oponen al Modelo, debe considerarse la demanda de las Asociaciones Médicas para que los salarios del personal médico sean calculados y contemplados por el INSS en el *per cápita* que se transferirá a la EMP. Si bien es cierto que el INSS hasta hoy ha mantenido su posición de que ellos no definen las tablas salariales con las que las EMP contratan a los médicos y al personal de la salud, también es cierto que cuando hacen sus estudios del comportamiento del salario en el mercado laboral, e incorporan los salarios medios del mercado en sus cálculos del *per cápita*, de manera automática amarran a las EMP a los salarios definidos como los “normales” en el mercado, los que lógicamente están muy por debajo de las aspiraciones del gremio médico y de los trabajadores de la Salud.

Se recomienda hacer un estudio técnico serio para tomar los salarios que servirán de base al cálculo del *per cápita*, ya no de los promedios del mercado, sino de una tabla salarial digna y justa para los médicos y resto de personal de la salud. Esta tabla debe ser consensuada entre las partes y debe estar acorde a las posibilidades reales del país, igualmente deberán

revisarse las cargas de trabajo y los horarios para hacerlos más adecuados a lo aceptado nacional e internacionalmente.

De efectuarse los cálculos del *per cápita* conforme a esta recomendación deberán establecerse acuerdos para la supervisión estricta a las EMP para garantizar que éstas a su vez paguen los salarios médicos incorporados al *per cápita*.

Así mismo, para ganarse al gremio médico como aliado del Modelo, se recomienda ampliar las iniciativas que promuevan las oportunidades para la investigación. En este sentido debe destacarse el buen papel que jugó la recién pasada Jornada Científica INSS-EMP-USA para estimular la investigación. Si los premios significativos que se otorgaron a los primeros lugares (500 y 1,000 dólares) se hubiesen dado a conocer con suficiente anticipación, es muy seguro que se hubieran obtenido más trabajos y de mejor calidad. Para el futuro estos incentivos a la investigación deben institucionalizarse y los tribunales evaluadores deben hacer más transparentes los criterios de asignación de los premios.

Otra recomendación muy relevante en el esfuerzo de ganarse al gremio médico, es destinar un mínimo de recursos para financiar en las EMP actividades de educación continua del personal médico y paramédico. A diferencia de las actividades de este tipo que desarrolla la UCP que son muy costosas deben explorarse opciones locales de elevada calidad, pero con mucho menor costo. El trabajo en alianza con la Cámara de Empresas Médicas Previsionales y con la Asociación Médica Nicaragüense para ejecutar estos planes de educación médica continua seguramente incrementará la calidad de las actividades y reducirá significativamente los costos.

Bibliografía

Bibliografía

1. Álvaro Guerra. Algunas consideraciones sobre el sistema de salud actual en Nicaragua. Folleto, Managua Nicaragua. 2000.
2. Carmelo Mesa-Lago y otros. La Seguridad Social en Nicaragua. diagnóstico y propuesta de reforma. Mayo de 1997.
3. INSS. Anuario Estadístico. INSS. Nicaragua. 2001.
4. Iván Jaramillo. Evaluación de las Empresas Médicas Previsionales. Resultado de los Talleres de Expertos. Septiembre de 2001.
5. Iván Jaramillo. Evaluación de los Hospitales Públicos. Resultado de los talleres de expertos. Octubre de 2002.
6. Iván Jaramillo. Evaluación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud -SILAIS-. Resultado del taller de expertos. Octubre de 2000.
7. Iván Jaramillo. Macrotendencias en el Proceso de Reforma Sectorial de Salud en Latinoamérica. (Documentos de trabajo). Octubre de 2000.
8. Jaime Espinosa, Néstor Avendaño. El Sistema de Salud en Nicaragua (Documentos de trabajo). Octubre de 2000.
9. Jaime Espinosa. La Política de Salud en Nicaragua. Fundación Friedrich Ebert. Nicaragua. 2000.
10. Julio Zapata. Estudio y Evaluación del Seguro Social. Fundación Friedrich Ebert. 1999.
11. Larry Valladares. Esbozos de un Plan de Salud. Folleto, Managua Nicaragua. 2000.
12. Larry Valladares. Modelo de Salud Previsional en Nicaragua (Evolución y Perspectivas de las EMP). Segunda edición, Febrero de 2002.
13. Larry Valladares. Modelo Previsional INSS. Rama del Seguro Enfermedad-Maternidad. Apuntes críticos. Folleto, Managua 2000.
14. MINSA. Análisis del Sector Salud en Nicaragua. MINSA-OPS. Nicaragua. Marzo 2000.
15. MINSA. Plan Maestro de Salud 1991-1996. Nicaragua. 1991.
16. MINSA. Política Nacional de Salud. 1997-2002. MINSA. Nicaragua. 1997.
17. MINSA. Programa de Modernización del Sector Salud. 1998-2002. Documento de Consulta Nacional. MINSA. Nicaragua. Julio 1998.
18. MINSA. Resumen Ejecutivo del Informe de avance a junio 2003. Programa de Modernización del Sector Salud. MINSA. Nicaragua. Junio 2003.
19. Pedro J. Quintanilla M. Evaluación de la Gestión Técnico-Administrativa e impactos del Seguro de Enfermedad-Maternidad 1997-2001. Septiembre de 2001.
20. Pedro J. Quintanilla. Seguro de Enfermedad-Maternidad. Evolución e impacto frente a los procesos de cambio de la Seguridad Social y las Reformas del Sector Salud. Ponencia ante el XXXI Congreso Médico Nacional AMN. Nicaragua 2000.
21. Roberto López. El Sistema de Salud de Nicaragua. Presente y perspectivas. Ponencia ante Sindicatos del FNT. 2003.

