

# Gasto Público de Nicaragua en Salud 1990-2007

Humberto A. Miranda Rivas\*

CARACTERIZA LA SITUACIÓN DE SALUD EN NICARAGUA EN EL MARCO, TANTO DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO DE LA POLÍTICA FISCAL Y MONETARIA Y DEL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO, IDENTIFICANDO OBJETIVOS ALCANZADOS EN RELACIÓN CON LAS METAS DEL MILENIO..

PALABRAS CLAVES: ADMINISTRACIÓN PÚBLICA; GASTOS PÚBLICOS; SALUD; NICARAGUA

KEY WORDS: PUBLIC ADMINISTRATION; PUBLIC EXPENDITURES; HEALTH; NICARAGUA

## Introducción

Desde la década de los sesenta las economías del mundo se han visto afectadas por diversas crisis, es el sistema capitalista el que se encuentra en crisis. En la búsqueda de valorizar el capital y con ello contrarrestar la tendencia al descenso de la tasa de ganancia, se han diseñado medidas que permitan la expansión del capital, conquistan-

do nuevos espacios o reconquistando los perdidos.

En 1971 con la suspensión unilateral de la convertibilidad del dólar en oro, se inicia un período de desregulación financiera. Después sería el reciclaje de dólares, producto del alza en los precios del petróleo, lo que permitiría la expansión de mercado de eurodólares, entrando los países en desarrollo en esta dinámica a través de los préstamos sindicados y teniendo como desenlace la crisis de la deuda externa de los países en desarrollo debida al alza en los tipos de cambio, medida adoptada por los Estados Unidos y Reino Unido con el propósito de combatir el proceso hiperinflacionario que vivían sus economías.

Es en este contexto, en la década de los ochenta se instrumentaron, alrededor del mundo, las llamadas reformas estructurales (Con-

---

\* Doctorando en Gobierno y Administración Pública del Instituto Ortega y Gasset, Universidad Complutense de Madrid. Maestro en Gobierno y Asuntos Públicos por FLACSO-México. Licenciado en Psicología por la Universidad Centroamericana, UCA, de Nicaragua. Presidente de la Fundación Social, Cultural y Económica, FUSCE.  
Correo electrónico:  
[hmirandarivas@gmail.com](mailto:hmirandarivas@gmail.com)

Recibido: 25 de abril del 2013.

Aceptado: 20 de setiembre del 2013.

senso de Washington) y ello ha implicado la reducción o eliminación del Estado de Bienestar. Transcurridas más de dos décadas, los buenos augurios que implicaba adoptar el discurso neoliberal se han traducido en mayor pobreza y ampliación de los problemas ambientales, lo que profundiza aún más los problemas sociales.

Las llamadas reformas de segunda generación contemplan la disminución o eliminación del Estado en las áreas de Educación y Salud, entre otras actividades estratégicas para el desarrollo de los países. Bajo el argumento de fallas de gobierno y de la eficiencia del mercado, se ha reducido la participación del Estado en dichas áreas; sin embargo, la reciente epidemia de influenza humana en México ha puesto de manifiesto la importancia insustituible del Estado en la esfera de la salud y educación en sentido amplio.

La epidemia de la influenza humana y otros problemas de salud, han permitido constatar que la sanidad no es solamente una cuestión de obtención de beneficio, sino que hay una razón de ser para que el Estado intervenga, porque un sistema de cobertura limitada e ineficiente tiene repercusiones en las actividades económicas y en el desarrollo social. Por ello, este artículo tiene como objetivo principal analizar el gasto público en salud que el gobierno de Nicaragua ha ejecutado desde 1990 hasta el 2006/2007, examinando los resultados obtenidos en función de los objetivos del mile-

nio, así como de las situaciones sociopolíticas que han repercutido en el sector salud. Asimismo, se identifica el gasto total en salud respecto al producto interno bruto, y los índices de salud, tales como, mortalidad infantil, mortalidad materna, infectados de VIH, entre otros.

Para cumplir con este objetivo el trabajo está estructurado en cinco secciones. En la primera, se aborda el gasto público en tiempos de liberalización financiera, revisando el papel de la política monetaria y fiscal; es decir, se ubica el caso nicaragüense dentro del contexto latinoamericano, donde la política fiscal se subordinó a la monetaria y el Estado tuvo un margen reducido para intervenir en la economía mediante el gasto público activo dirigido a la creación de infraestructura o de proyectos que impulsaran a la economía.

En la segunda sección, se hace una caracterización de la situación de salud nicaragüense en función de indicadores demográficos: tasa de crecimiento de la población, tasa global de fecundidad, esperanza de vida, y tasa de mortalidad. Pero los indicadores demográficos de Nicaragua están influidos por la situación social y política; por ello, en la tercera sección, se analiza el contexto sociopolítico y cómo ha repercutido en el sector salud nicaragüense, durante los gobiernos de Violeta Barrios de Chamorro (1990-1997), Arnoldo Alemán Lacayo (1997-2002) y Enrique Bolaños (2002-2007).

En la cuarta sección, se identifica cuál es el gasto público en salud nicaragüense, explicando cómo está conformado el sector salud por subsectores, así como cuál es la participación privada en este sector, la política nacional de salud 1997-2002 y el gasto del gobierno en salud como porcentaje del gasto total. En la quinta y última sección, se revisan los logros obtenidos en relación a las metas del milenio para mejorar la salud.

#### **El gasto público en los tiempos de liberalización financiera: el papel de la política monetaria y fiscal**

La intervención del Estado en la economía se puede justificar debido a fallas de mercado (fallas de la competencia; bienes públicos; externalidades; mercados incompletos; información asimétrica o imperfecta; desempleo, inflación y desequilibrio) No obstante, la intervención del Estado es mucho más amplia. El Banco Mundial, BM, considera como funciones básicas del Estado la provisión de bienes públicos tales como los derechos de propiedad, la estabilidad macroeconómica, el control de enfermedades infecciosas y la protección a los indigentes.

---

1. Milton Friedman, "The Role of Government in a Free Society", *Capitalism and Freedom*, 1982, p.27.

Para Milton Friedman (1982) estas funciones básicas se reducen al establecimiento de las "reglas del juego" de manera clara y uniforme para toda la sociedad, definición de los derechos de propiedad y el establecimiento de las reglas del juego de índole económica. Con respecto al sistema monetario<sup>1</sup> (financiero), Friedman considera que probablemente no hay otra área de la economía en la que sea uniformemente aceptada la acción gubernamental. El mecanismo de acción es la política monetaria. Cabe señalar, que los argumentos planteados en esta sección se presentan considerando la propuesta analítica de Aglietta (2001), esbozada en su obra *Macroeconomie Financière* 2.

El control de la moneda ha sido objeto de debate en los últimos dos siglos. La pertinencia de un mismo tipo de control depende del enfoque teórico sobre la naturaleza de la moneda. Según las estructuras financieras y las circunstancias, se puede temer ante choques inflacionistas o deflacionistas; más aún las circunstancias, en las cuales una política monetaria se aplica, suelen cambiar y con ello el régimen monetario puede devenir incongruente con la política adoptada:

*C'est ainsi que, à la fin des années soixante, un régime de monnaie endogène fondé sur le contrôle des taux d'intérêt était inadéquat pour combattre la montée de l'inflation. Mais, au cours des années quatre-vingt, la libéralisation finan-*

*cière a anéanti la pertinence des régimes de monnaie exogène fondés sur le contrôle d'un agrégat, régimes qui avaient été mis en place dans les années soixante-dix pour endiguer, puis baisser l'inflation.*<sup>2</sup>

Es así que, como señala Aglietta, al final de los años sesenta, un régimen de moneda endógeno fundado sobre el control de las tasas

de interés era inadecuado para combatir el crecimiento de la inflación. Pero, en el curso de los años ochenta, la liberalización financiera ha eliminado la pertinencia de regímenes de moneda exógena fundados sobre el control de un agregado, regímenes que habían estado en lugar en los años setenta para encauzar y así bajar la inflación. Estas concepciones de moneda endógena y exógena se ilustran en el siguiente cuadro.

## CUADRO 1

### DOS CONCEPCIONES DE LOS FUNDAMENTOS DE LA REGULACIÓN MONETARIA

Moneda exógena (principio monetario)	Moneda endógena (principio bancario)
<p>Economía de mercado pura.</p> <p>La moneda es un elemento de la riqueza de los agentes: demanda por un stock determinado.</p> <p>Oferta exógena.</p> <p>Teoría cuantitativa: determinación del nivel general de precios y neutralidad sobre los grandes reales.</p> <p>Control por la cantidad: objetivo de agregado.</p>	<p>Economía de pagos.</p> <p>La moneda es el medio vehicular de un servicio de transacción según la ley del reflujo.</p> <p>Oferta endógena.</p> <p>Teoría cuantitativa: si la creación de la moneda financia las promesas sobre los valores reales (real bills), el reflujo se realiza sin perturbación.</p> <p>Control por el precio: norma de convertibilidad.</p>

Fuente: Tomado de Michel Aglietta, *Macroéconomie Financière 2*, p. 68, [traducción propia]

2. Michel Aglietta, *Op. cit.*, p. 67.

Este debate se debe a la propia naturaleza ambivalente de la moneda: como bien privado y colectivo. Es un bien colectivo cuya creación y detención es privada. Es decir, no se trata solo de la oferta de dinero del banco central sino también del crédito otorgado a través de bancos y otras instituciones no financieras. Sin embargo, como unidad de cuenta, la moneda juega el rol de un bien público. Al respecto Aglietta señala que la privatización concurrencial de la emisión de medios de pago (endogeneidad de la creación monetaria) provoca una inestabilidad espontánea de la demanda de dinero. Para los monetaristas, la demanda de liquidez es naturalmente estable.

*Pour nous, au contraire, la régulation monétaire résulte d'une politique, c'est-à-dire d'une stratégie qui prend en compte les interactions réciproques entre la banque centrale et les différentes catégories d'intérêts privés.<sup>3</sup>*

Para Aglietta, la regulación monetaria resulta de una política, es decir, de una estrategia que toma en

cuenta las interacciones recíprocas entre la banca y las diferentes categorías de intereses privados.

Para Nicaragua, como para los demás países en desarrollo latinoamericanos, la crisis de la deuda externa significó condicionar su economía a los intereses extranjeros y la adopción de medidas neoliberales, entre éstas: la disciplina fiscal y reorientación del gasto público; reducción del gasto público; liberación financiera, apertura a la inversión extranjera, liberación del comercio, es decir, apertura de la cuenta corriente y de capitales; desregulación, privatización y derechos de propiedad, que implicó apertura de sectores protegidos, venta de empresas estatales y garantía a los inversionistas de sus nuevas adquisiciones (ver cuadro 2). Sin olvidar la estabilidad macroeconómica, que consiste básicamente en un tipo de cambio estable y control de la inflación. La política fiscal se subordinó a la monetaria, atándose los Estados las manos para intervenir en la economía mediante el gasto público activo dirigido a la creación de infraestructura o de proyectos que impulsaran a la economía.

---

3. Michel Aglietta, *Op. cit.*, p. 70.

---

## CUADRO 2

### EL CONSENSO DE WASHINGTON

Reformas de primera generación	Reformas de segunda generación
Disciplina fiscal	Reforma legal y política
Reorientación del gasto público	Crear instituciones de regulación
Reforma impositiva	Incorporar acuerdos con la OMC
Liberación financiera	Fijar estándares y códigos financieros
Apertura a la inversión extranjera	Apertura financiera prudente
Tipos de cambio unificados	Tipos de cambio fijos o flotantes, no intermedios
Liberación del comercio	Flexibilizar el mercado de trabajo
Desregulación	Establecer redes de seguridad social
Privatización	Combatir la pobreza
Derechos de propiedad	Emprender combate a la corrupción

Fuente: Tomado de David Ibarra, *La reconfiguración económica internacional*, p. 104.

---

Con el afán de mantener la disciplina fiscal y cumplir con los objetivos de inflación baja, los Estados reorientaron y recortaron su gasto. Una vez más:

*La inflación no es un fenómeno monetario; es el resultado de desequilibrios de carácter real que se manifiestan en forma de aumentos del nivel general de precios [...] existen elementos de carácter estructural, como la distribución de la población por ocupaciones y las diferencias de productivi-*

*dad entre los diversos sectores de la economía. Existen también elementos de carácter dinámico, tales como las diferencias del ritmo de crecimiento entre la economía y su conjunto y algunos sectores específicos: las exportaciones, la producción agrícola, etcétera. Existen, por último, elementos de carácter institucional sea en la organización productiva del sector privado, grado de monopolio, métodos de fijación de los precios, grado de organización sindical;*

*sea en la organización y el funcionamiento del Estado y en el grado y orientación de su intervención en la vida económica.*<sup>4</sup>

Esto es, se requería de la aplicación de medidas acordes a las características y situación específica de cada economía, por otro lado, las medidas adoptadas significaron el retroceso o estancamiento de ciertos sectores en favor de otros. Es decir, los problemas de política económica devienen en problemas de economía política. ¿A quién se beneficia y a quién se afecta?

En resumen, se ha abordado el papel de la política monetaria y fiscal en el gasto público porque constituye el marco general que permite comprender las repercusiones de la dimensión económica en el sector salud nicaragüense. No se puede estudiar el gasto público de Nicaragua en salud sin considerar los aspectos económicos que se han revisado en esta sección, ya que son determinantes para entender la intervención del Estado en el sector salud y en otros ámbitos sociales. El siguiente paso analítico consiste en abordar generalidades de la salud en Nicaragua, por ello, en la siguiente sección se hace una caracterización de la situación nicaragüense en función de indicadores demográficos: tasa de crecimiento de la

población, tasa global de fecundidad, esperanza de vida, y tasa de mortalidad.

### **Generalidades de la salud en Nicaragua**

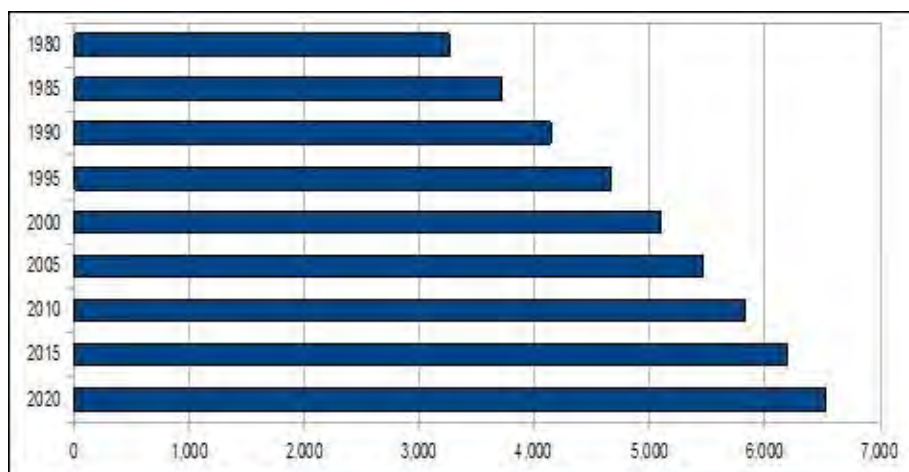
La República de Nicaragua se localiza en el Istmo Centroamericano y tiene una superficie de 130,244 km<sup>2</sup>. Durante la década de los ochenta y el primer quinquenio de los noventa, la población presentó tasas de crecimiento inferiores al 3%, de modo que el número de habitantes se incrementó de aproximadamente 3,257,000 en 1980 a alrededor de 4,664,000 habitantes en 1995 (ver gráfica 1 y cuadro 3). La tasa de crecimiento presenta una tendencia descendente y se estima que ésta continuará para los próximos quinquenios. El número de hijos por mujer presenta esta misma tendencia descendente.

En cuanto a las condiciones de vida de su población, el número de años de esperanza de vida se ha incrementado, de 59.5 años en el período de 1980-1985 a 70.8 años en el 2000-2005. A la par que incrementa el índice de esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil se reduce. Ambos hechos reflejan una mejoría en las condiciones de vida de la población nicaragüense; sin embargo, también plantean nuevos retos para su economía, así como para la planeación del sistema de salud.

---

4. Juan F. Noyola Vázquez, "El desarrollo económico y la inflación en México y otros países latinoamericanos", pp. 67-69.

**GRÁFICA 1**  
**NICARAGUA**  
**POBLACIÓN TOTAL**  
En miles a mitad del año



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

**CUADRO 3**  
**NICARAGUA**  
**INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

Indicador	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Tasa de crecimiento <sup>1</sup>	2.63	2.17	2.38	1.81	1.33	1.31	1.22	1.09
Tasa global de fecundidad <sup>2</sup>	5.85	5.0	5.5	3.6	3.0	2.76	2.55	2.37
Esperanza de vida al nacer <sup>3</sup>	59.5	62.2	66.1	68.4	70.8	72.9	74.5	75.7
Tasa de mortalidad infantil <sup>4</sup>	79.8	65.0	48.0	33.6	26.4	21.5	18.1	15.9

1. Tasas por cien.
2. Hijos por mujer.
3. Número de años.
4. Defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.



A pesar del incremento del 30% en el Producto Interno Bruto, PIB, por habitante que pasó de 681.40 a 884.9 dólares de 1990 al 2007, este indicador representa alrededor de la quinta parte de la media de América Latina. En cuanto al ingreso por habitante, el promedio pasó de 577 a 923 dólares de 1990 al 2007, es decir, registró un incremento del 60%; sin embargo, con respecto al resto de América Latina, esta cifra representa poco más de una quinta parte del promedio. En Nicaragua, la población que se encontraba bajo la línea de pobreza en el 2005 era del orden del 61.9%, siendo el 54.4% en las zonas urbanas y alrededor del 71.5% de la población en las zonas rurales. Estos porcentajes son altos, sin embargo, se observa una disminución de la pobreza con respecto a 1993 en que el total de población por bajo de la línea de pobreza era el 73.6%.<sup>5</sup>

Por lo que respecta a los problemas específicos de salud,<sup>6</sup> entre los niños de 0 a 9 años las principales causas de muerte son: trastornos del período perinatal, malformaciones congénitas y sepsias bacteriana del recién nacido; además de: neumonías, diarrea y gastroenteritis, ahogamiento y sumersión accidental,

la exposición accidental a otros factores no identificados y accidentes de transporte. La pobreza profundiza los problemas de salud:

Según los datos de Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA, 98,1 de cada 3 niños está desnutrido y el 9% sufre desnutrición severa. En el área rural, 32% de los niños tenían algún grado de desnutrición, siendo en el área urbana de 19%. La mortalidad por algún tipo de desnutrición fue de 11 por 100.000 en 1998. La prevalencia de bocio en algunas comunidades del Pacífico Sur alcanza niveles superiores al 20%; como respuesta, el país ha fortificado la sal con yodo. La prevalencia de anemia en el país es 28% en niños de 12 a 59 meses, con promedio de hemoglobina de 10,6 mg/dl.<sup>7</sup>

En el grupo de adolescentes, que comprende las edades entre 10 y 19 años, las muertes están asociadas a desastres naturales que afectaron a todos los grupos de edades (el huracán Mitch en octubre de 1998, causó 2.823 fallecidos, 885 desaparecidos y afectó a 49 municipios), las intoxicaciones con plaguicidas y los accidentes. Además, el 30% de las madres están en el grupo de 15 a 19 años. Finalmente, entre los adultos entre las edades de 20 a 59 años, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, PAHO, destaca la mortalidad materna: hemorragias por retención placentaria, hipertensión gestacional, sepsis, ruptura uterina y aborto. Al problema de pobreza se agrega el

5. Datos de la CEPAL, Nicaragua: Panorama social de América Latina (2008).

6. Sección con base en Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_558.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_558.htm), (consulta 10 de mayo 2009).

7. *Idem*.

de género, los más pobres entre los pobres son mujeres.

Gran parte de las causas de deceso son evitables si existe un sistema adecuado de agua potable y alcantarillado, cobertura universal de vacunación, condiciones de higiene en las viviendas (suelo de material, agua potable, drenaje), infraestructura adecuada del sistema de salud así como cobertura amplia a los sectores desprotegidos. Hasta aquí, se requiere la participación activa del Estado en estos rubros. La nutrición y condiciones de vivienda dependen del entorno económico, en cuya área el Estado puede intervenir más que con subsidios con una política económica que promueva el empleo bien remunerado; la mejor política social es la política económica. Pero los indicadores demográficos de Nicaragua están influidos por la situación social y política; por eso a continuación se explica esa situación que ha repercutido en el sector salud.

### **Contexto sociopolítico de la salud nicaragüense**

Nicaragua no solo ha padecido los problemas económicos que han afectado al resto de los países en desarrollo sino también diversos problemas sociales. En Nicaragua en 1979 asume la administración del Estado el Gobierno de Reconstrucción Nacional, después de un proceso revolucionario que consiguió derrotar a la dictadura familiar de los

Somoza; el país estuvo afectado por el proceso de guerra y el terremoto de 1972 que dejó el sistema de salud en las siguientes condiciones:

*...El terremoto de 1972 agudizó la escasez de camas hospitalarias en Managua, pues muchas fueron destruidas. Aún no se habían reemplazado estas camas cuando la situación insurreccional motivó la destrucción de más hospitales y clínicas en todo el país. El hospital regional de Rivas fue completamente destruido durante la guerra de liberación. Mayor daño sufrieron aún los hospitales regionales de Estelí, Matagalpa y León. Otros cinco hospitales y 19 centros de salud resultaron también dañados. Cuatro hospitales vieron destruidos sus equipos en un 100%. Para agravar más la situación, la parálisis económica del país en los últimos meses de la guerra afectó a las reservas de medicinas, reactivos de laboratorio y otros materiales necesarios para la atención sanitaria. Los laboratorios farmacéuticos suspendieron su producción y la falta de divisas afectó la importación de medicamentos de todo tipo. De los 1.300 médicos titulados, unos 300 abandonaron el país después del triunfo revolucionario. El 19 de julio de 1979 Nicaragua tenía un sistema sanitario desarticulado, destruido y desprovisto de la más*

*elemental infraestructura para subsistir.*<sup>8</sup>

En este contexto el gobierno estuvo dirigido por el Frente Sandinista de Liberación Nacional, FSLN, partido político afín a la ideología de izquierda. Durante la década que gobernó el FSLN, de 1979 a 1990, los valores de inflación superan el 20000% entre 1988 y 1991. Esto acentuó un proceso crítico económico y social, aunque en 1990 se asumieron las medidas de ajuste propuestas por el Fondo Monetario Internacional, FMI, y el BM que también ocasionaron un deterioro en los sectores sociales porque implicó contención de recursos en varios sectores como salud y educación.

Cabe señalar, que en 1990 se realizan elecciones y asume el Gobierno Violeta Barrios de Chamorro y se enfrenta a una situación sociopolítica muy difícil, con altos índices de pobreza y una alta deuda externa que negoció con el Fondo Monetario Internacional FMI y el Banco Mundial e implicó la ejecución de un Programa de Reforma y Modernización del Sector Público iniciado en 1994. En las elecciones presidenciales de 1996 asumió el gobierno Arnoldo

Alemán, del Partido Liberal Constitucionalista, PLC; con tendencia de derecha continúa la tarea de asumir las recomendaciones del FMI así como del BM. El 10 de enero de 2002, Enrique Bolaños, presidente electo, asumió el gobierno dando muestras de aceptación de las condiciones establecidas por estos organismos para que Nicaragua ingrese a la iniciativa de países pobres altamente endeudados.

### **El gasto público en salud**

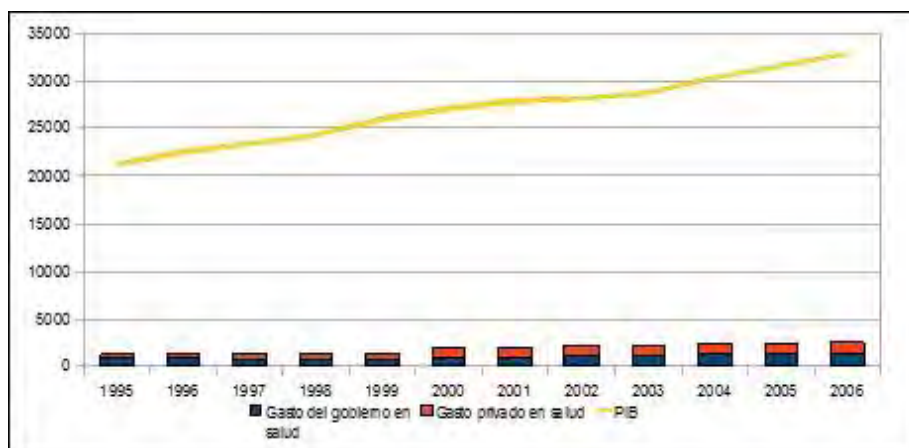
El sector salud está conformado por un subsector público representado por el Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA, el Instituto de Seguridad Social de Nicaragua, el Ministerio de Gobernación y el Ministerio de Defensa. El subsector privado incluye hospitales, clínicas previsionales y organismos no gubernamentales. La participación de gasto público en el total de gasto en salud mostró una tendencia descendente; en 1995 el gobierno aportaba el 78% de gasto total y en el 2001 solo el 48%. Dicha tendencia parece revertirse al aumentar lentamente el gasto público, en el 2006 éste fue de 54.7%.<sup>9</sup>

---

8. Revista Envío de la Universidad Centroamericana UCA, No. 23, mayo 1983, <http://www.envio.org.ni/articulo/77>

9. Datos de la World Health Organization, Nicaragua: General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health. <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3exo>.

**GRÁFICA 2**  
**NICARAGUA**  
**GASTO TOTAL EN SALUD Y PIB**



Fuente: *Elaboración propia con datos de la World Health Organization, WHO, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.*

La participación privada en el gasto en salud, como es de suponer, ha mostrado una tendencia al alza, en 1995 participaba con el 22% del gasto total en tanto que en el 2006 éste asciende al 45.3%.<sup>10</sup>

La Política Nacional de Salud 1997-2002 se dirige a mejorar el acceso a los servicios, principalmente entre los más pobres y vulnerables (hay que recordar que en 1993 el total de población bajo la línea de pobreza era el 73.6% la población). Estas políticas fueron cinco:

10. Datos de World Health Organization, Nicaragua: Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health. <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3exo>

- Modernización del Sector Salud: en lo referente a la actualización del marco jurídico y separación de las funciones de regulación,

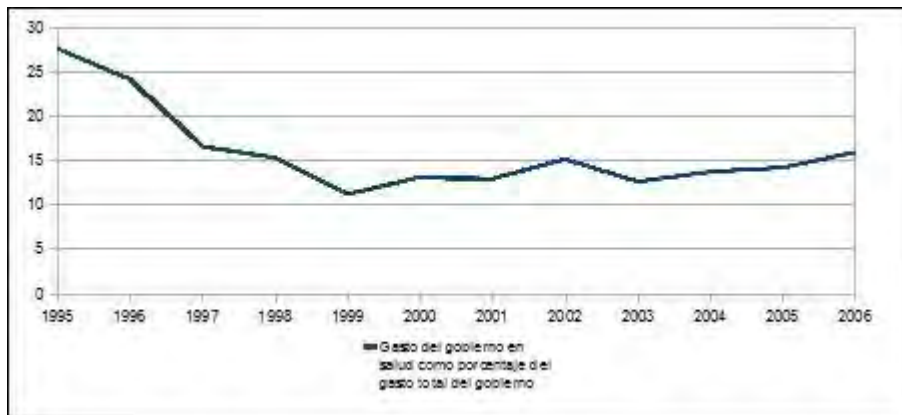
- financiamiento, aseguramiento y provisión dentro del sector.
- Fortalecimiento del MINSA, con la finalidad de consolidar la rectoría, diseñando sus sistemas de planificación e información, organización y control de la gestión, y la normalización sanitaria en el país.
  - Fortalecimiento de la atención hospitalaria, inversión en rehabilitación y mantenimiento de la estructura y equipos de hospitales, y disminución de los costos de la atención.
  - Desarrollo de nuevas estrategias en salud pública, es decir, definir el modelo de atención hacia las acciones integrales, fortalecer los centros y puestos de salud y entregar un paquete básico de servicios de salud universal.
  - Modernización de la seguridad social: con el propósito de fortalecer el régimen de salud previsional.
- De 1995 a 1997 el gasto público en salud como participación del gasto total del gobierno había caído en 11 puntos, del 27.6 al 16.6%. Después de instrumentarse el plan antes citado, el gasto en salud siguió disminuyendo hasta ser del 11.2% en 1999. Posteriormente, el gasto en salud, como porcentaje del gasto total del gobierno, ha fluctuado entre el 12 y 16%. Al parecer, hasta el 2006 la tendencia fue aumentar su participación en el gasto total (ver gráfica 3). Durante la década de los noventa el gasto público en salud fue menor del 3%, si se considera los rezagos existentes en el sector, el gasto aplicado ha sido insuficiente para cubrir las carencias. Para el bienio de 2005-2006, el gasto público en salud excedió ligeramente el 3%.

---

### GRÁFICA 3

#### NICARAGUA

#### GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD (Porcentaje del gasto total del gobierno)



Fuente: World Health Organization, WHO.

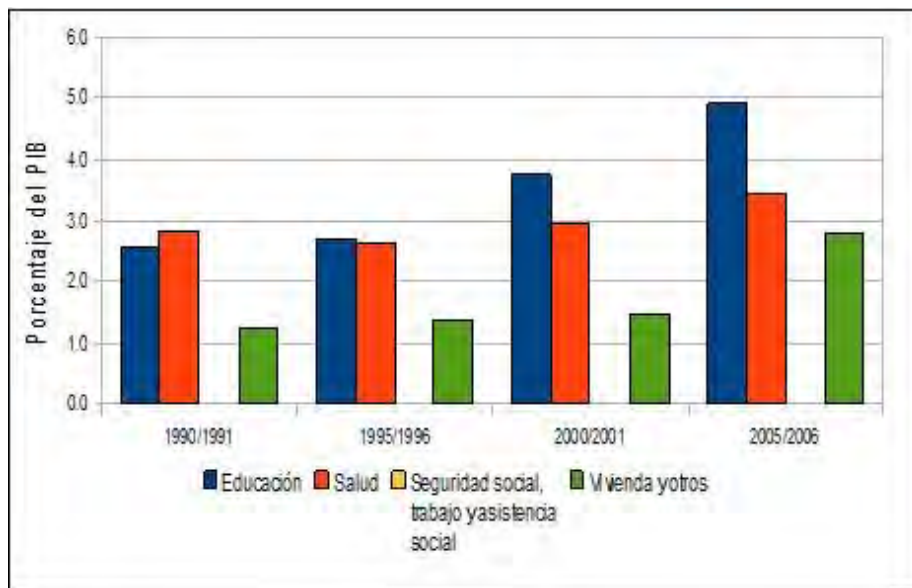
---

Finalmente, el gasto público social por bienes se muestra en la gráfica 4. En ésta se observa que en 1990-1991 el gasto en salud fue ligeramente superior al gasto en educación y el doble del gasto en vivienda. A mediados de la década de los noventa, aumentó el gasto en vivienda, en tanto que el gasto en educación rebasó mínimamente al gasto en salud aunque ambos se mantuvieron en porcentajes similares al de inicios de la década. En la primera década del dos mil, se observa una política de gasto social más activa. Los rubros como porcentaje del PIB muestran un incremento, en especial, en el bienio 2005-2006 el gasto en vivienda fue casi del 3%

del PIB, en tanto que el gasto en salud superó esta cifra y el gasto en educación casi alcanzó el 5%.

La economía de Nicaragua es pequeña y sus problemas y rezagos son grandes. Lo que muestra la gráfica 4, es un esfuerzo del gobierno por llevar a cabo una política social congruente que alivie la pobreza extrema de sus ciudadanos. Posiblemente sus esfuerzos son insuficientes. Además, hay que considerar qué parte del gasto social corresponde a gasto corriente y determinar cuáles efectivamente son los proyectos de inversión que amplíen la infraestructura de dichos rubros y el impacto de éstos en la sociedad.

**GRÁFICA 4**  
**NICARAGUA**  
**GASTO PÚBLICO SOCIAL**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

### Las metas del milenio para mejorar la salud

Las políticas neoliberales tuvieron un doble fracaso. Por un lado, fueron incapaces de brindar el espacio suficiente a la expansión del capital de modo que las actividades de éste se localizaran en la esfera real de la economía. La fase especulativa del capital no se contuvo, muestra de ello es la actual crisis financiera

que ha repercutido severamente en la economía global. Por otra parte, contribuyeron a aumentar la concentración de la riqueza, ahora, los pobres son más pobres y en mayor número. Esto, aunado a las crisis financiera y económica, pone en peligro la paz social. Los problemas de delincuencia derivados de las actividades ilícitas como narcotráfico y secuestros, además, del desempleo. Los problemas ambientales

que se manifiestan en el cambio climático y repercuten en el aumento de siniestros naturales; cambios del patrón de lluvias con sus afectaciones en la agricultura y en las corrientes marinas, con repercusiones en la pesca. Los problemas generales vinculados a la pobreza: desnutrición, enfermedades y muertes que con medidas de higiene y vacunación son evitables, mala atención gestacional y de parto y postparto, etc. Todo ello, se ha tratado de combatir a través de las metas del milenio, que resultan ser más un paliativo que una verdadera solución.

La exacerbación de los males del desarrollo se traduce en el establecimiento de metas globales para el futuro sin un análisis de la viabilidad de mantener los procesos en marcha y reorientar el camino para alcanzar sus fines preestablecidos. De esta manera, en las más recientes cumbres globales (la Cumbre del Milenio en el 2000; la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible en Johannesburgo en el 2002), se han adoptado los Objetivos del Desarrollo del Milenio, estableciendo una serie de metas a alcanzar en las cuestiones más críticas de nuestro tiempo (pobreza, cambio climático, educación, agua limpia, saneamiento y energías renovables) para la su-

pervivencia de la humanidad y del planeta. Sin embargo, el logro de esos objetivos dependería fundamentalmente, junto con la implementación de políticas públicas eficaces, del feliz funcionamiento de la economía global, de los mecanismos de mercado y las fuentes de financiamiento, más que de un cambio de racionalidad económica y social.<sup>11</sup>

- Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil.
  - Meta 4. A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Según la PAHO, en el período de 1997-2000 la tasa de mortalidad infantil fue de 45,2 por 1000 nacidos vivos (nv), siendo las principales causas de muerte en los menores de un año los trastornos del período perinatal, neumonías, diarrea y gastroenteritis, sepsis bacteriana del recién nacido y malformaciones congénitas. Entre los niños de 1-4 años las causas fueron neumonía, diarrea y gastroenteritis y accidentes de transporte. De acuerdo con ese mismo organismo, se encuentran bajo control con coberturas de vacunación entre 90-100%, y la introducción de nuevas vacunas (SRP en 1998 y pentavalente en 1999). Las coberturas de vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo B en menores de un año son superiores al 90%. El 56% de las meningitis bacterianas tienen como causa a este patógeno, lo que indica que la vacuna podría evitar casi 200 casos anuales.<sup>12</sup>

---

11. Enrique Leff, *Discursos sustentables*, pp. 55 y 56.

12. Información proveniente de la Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_558.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_558.htm), (consulta 10 de mayo 2009).



Revisando cada uno de los indicadores se tiene que la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos (indicador 4.1) se ha reducido del 75.8% desde 1990 al 26.6% en el 2007. Indudablemente esto representa una mejoría. En lo referente a

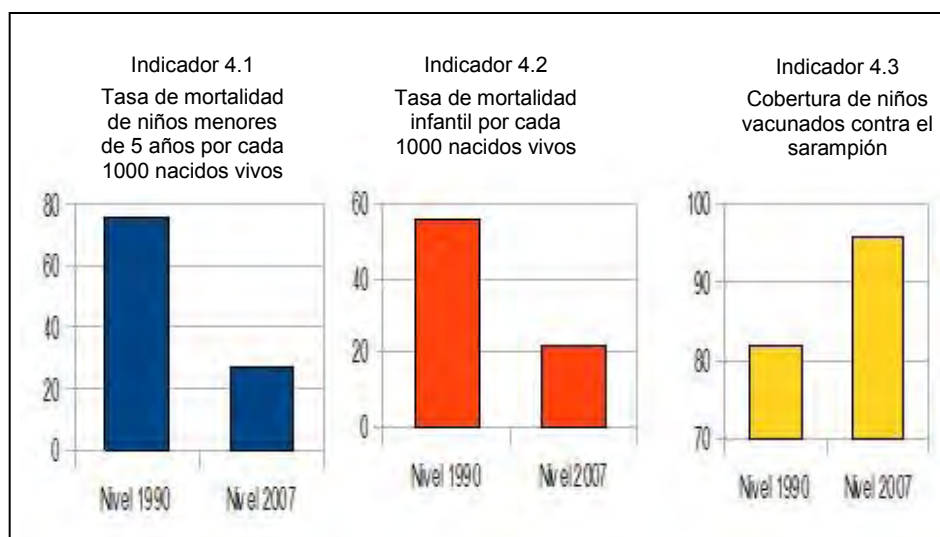
la tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos (indicador 4.2), esta tasa bajó del 55.7 al 22% entre los años 1990 y 2007. Y la cobertura de niños vacunados contra el sarampión (indicador 4.3), aumentó del 82 al 96%, en el período referido. (Ver gráfica 5).

---

## GRÁFICA 5

### NICARAGUA

#### META 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

---

- Objetivo 5. Mejorar la salud materna.
  - Meta 5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.
- Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
  - Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en el 2015.

Según los resultados disponibles para esta meta, la tasa de mortalidad materna (100.000 nv.) en el 2005, fue de 170%; no se cuenta con otro referente para evaluar el progreso en el logro de la meta. En cuanto a partos con asistencia de personal sanitario especializado, este indicador es de 67% para el 2000, y no hay otro dato disponible. Sin embargo, retomando la información de la PAHO, se sabe que en el grupo de 20 a 59 años, las principales causas de deceso fueron muertes por hemorragias por retención placentaria, hipertensión gestacional, sepsis, ruptura uterina y aborto. El organismo no se refiere a otras causas de muerte que afecten a ambos sexos, esto nos da idea del grave problema de salud que vive la mujer nicaragüense. Es conveniente recordar la alta tasa de embarazos entre mujeres adolescentes de 15 a 19 años, alrededor del 30%.<sup>13</sup>

De acuerdo con la PAHO, el número de casos de VIH/SIDA acumulados entre 1987 y el 2000, fue de 643; 294 correspondían a pacientes con SIDA, de los que fallecieron 164. El 81% de los casos ocurrió entre la población de 20 a 44 años, mientras que el 74% corresponde al sexo masculino. El 88% de los casos es transmitido sexualmente (64% son heterosexuales), 9% se relaciona al uso de drogas intravenosas, el 2% a la transmisión madre-hijo y el 1% a la transfusión de sangre insegura.<sup>14</sup> La tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la población entre 15 a 49 años (indicador 6.1.1) se ha mantenido sin variación entre el período de 2001 y 2007, en el orden del 0.2%.

- Meta 6.B: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Datos de la PAHO indican que la tuberculosis presentó tasas de incidencia que variaron entre 13 a 111 por 100.000 habitantes en el país. Para el 2000 se registraron 2.396 casos, 1.467 de los cuales tuvieron baciloscopia positiva. El grupo de edad más afectado fue el

13. Información proveniente de la Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_5\\_58.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_5_58.htm)

14. Datos de la Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_5\\_58.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_5_58.htm)

de 15 a 34 años, con más del 20% de los casos bacilíferos.<sup>15</sup>

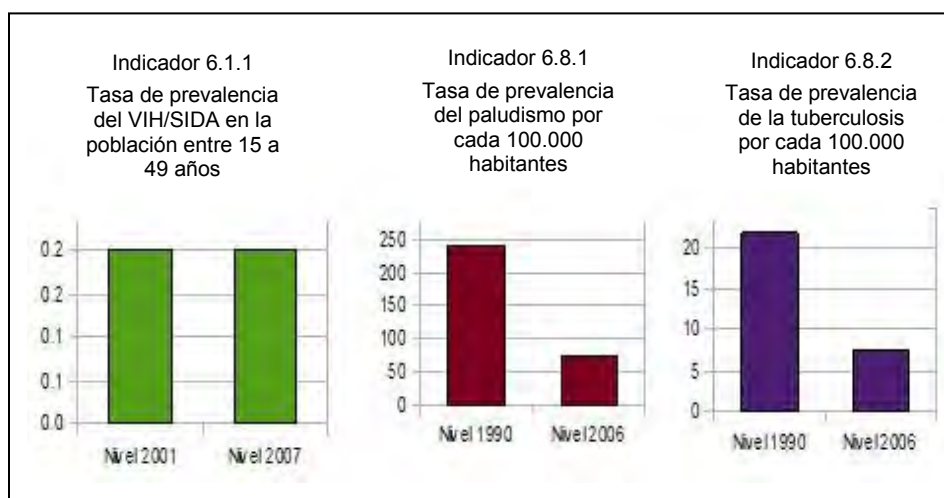
La tasa de prevalencia del paludismo por cada 100.000 habitantes (indicador 6.8.1) disminuyó notablemente al pasar de 241 a 74% de 1990 al 2006. Mientras que

la tasa de prevalencia de la tuberculosis por cada 100 000 habitantes (indicador 6.8.2) disminuyó del 22 al 7% para el mismo período. El comportamiento de estos indicadores se muestra en la siguiente gráfica.

---

### GRÁFICA 6

#### OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.

---

15. Datos de la Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua: resumen del análisis de situación y tendencias de salud, [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_55\\_8.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_55_8.htm)

## Reflexión final

A pesar de la disminución del gasto público en salud, resultado de la reducción de la intervención del Estado, los gobiernos parecen que están cumpliendo con sus compromisos en lo que se refiere a las metas de reducción de la mortalidad infantil, ampliación de la cobertura en vacunación contra el sarampión y combate a enfermedades como la tuberculosis. En lo que respecta al combate de VIH/Sida, este indicador no muestra variaciones en el período observado por la CEPAL. Con la información disponible no es posible evaluar la meta de reducción de la mortalidad materna; no obstante, de manera indirecta, se sabe que los problemas relacionados con el parto son las principales causas de muerte entre adultos de 20 a 59 años; esto también nos da cuenta del rezago en infraestructura y en cobertura. Por consiguiente, queda flotando la interrogante de si el Estado de Nicaragua está preparado para una contingencia como la vivida en México con la gripe H1N1, de hecho, esta pregunta está presente en todos aquellos países que han disminuido el sistema de salud pública en favor de la iniciativa privada.

Los datos analizados permiten plantear que el ámbito de la sanidad no se reduce al logro de las metas del milenio. Los programas de salud deben adecuarse a cada una de las etapas de desarrollo del ser humano, desde su gestación hasta los últimos años de su vida. Es decir, las políti-

cas, programas y proyectos deben dar seguimiento a la salud de la madre durante el embarazo y el crecimiento del feto; además se hace necesario que las autoridades públicas desarrollen una serie de acciones para atender el posparto y al recién nacido. Esto conlleva a una vigilancia de la nutrición, la vacunación y otros programas complementarios como el cuidado bucal. El Estado deberá dar una mejor atención al trabajador; en el caso de un accidente laboral, se necesitan cuidados y rehabilitación, y si surgiere una incapacidad permanente será necesario prever una protección económica. También se tendrá que considerar la atención al adulto mayor y a las enfermedades que afectan a la población más vulnerable.

El sector de salud nicaragüense requiere de personal suficiente y cualificado. La profesionalización de este sector será crucial para hacer frente a los principales problemas de sanidad. La Ley No. 760, Ley de la Carrera Sanitaria, publicada recientemente el 21 de junio del 2011, es fundamental para una gestión de recursos humanos más responsable con las demandas de la población; y para promover un gasto público en actividades de investigación sobre los problemas de sanidad, acción que se realiza muy poco en Nicaragua. Se necesita un gasto público significativo en infraestructura suficiente y adecuada, que comprenda, además de hospitales y clínicas, centros de investigación especializados en el sector salud. Y que la cobertura de este sistema sea univer-

sal o al menos que cubra a la mayor parte de la población, en especial, a los sectores más vulnerables (que en el caso de muchos países en desarrollo, es la mayor parte de la población).

Los problemas derivados del sistema capitalista (social y ambiental – si bien el sistema no los generó sí los potenció y aceleró) plantean grandes retos a los Estados: reactivar la economía, redistribuir el ingreso, adaptarse al cambio climático así como atenuar su impacto ambiental. Plantean grandes retos a la sociedad en conjunto: ser tolerantes ante la diversidad, ser solidarios, cambiar de una racionalidad económica a una ambiental. En palabras de Enrique Leff, se necesita *otra economía*. Una economía en la cual el hombre y su medio (sin el cual no puede ser su existencia) sea la prioridad. No el interés pecuniario de corto plazo.

#### Referencias bibliográficas

Aglietta, Michel, *Macroéconomie financière* 2, París, La Découverte, 2001, 119 pp.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *Panorama social de América Latina* (2008).  
<http://www.eclac.org>

Friedman, Milton, “The Role of Government in a Free Society”,

Capitalism and Freedom, 1982, pp. 22-36.

Ibarra, David, *La reconfiguración económica internacional*, México, Facultad de Economía / Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, 127 pp.

Leff, Enrique, *Discursos sustentables*, México, Siglo XXI, 2008, 272 pp.

Noyola Vázquez, Juan F., “El desarrollo económico y la inflación en México y otros países latinoamericanos”, *Desequilibrio externo e inflación (Investigación Económica, serie Materiales, No. 2)*, México, Facultad de Economía/Universidad Nacional Autónoma de México, 1987, 173 pp.

Organización Panamericana de la Salud (PAHO).  
<http://www.paho.org>

Revista Envío de la Universidad Centroamericana UCA, No. 23, mayo 1983.  
<http://www.envio.org.ni/articulo/177>

World Bank, World development report (1997), pp.19- 28.

World Health Organization (WHO).  
<http://www.who.int/whosis/> ◇