

7. ACCESO A Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN NICARAGUA DESPUÉS DE UNA DÉCADA DE REFORMAS

*Diego Angel-Urdinola y Kimie Tanabe con contribuciones de
Rafael Cortez y Ariadna García-Prado**

Nicaragua se ha embarcado en reformas ambiciosas que a lo largo de la década pasada han contribuido a lograr avances significativos en el sector salud. Si bien los indicadores de salud muestran una evolución gradual, también es constante: hubo avances en cuanto al acceso a los servicios básicos, como la mejora de la provisión de agua de consumo humano y las instalaciones sanitarias, así como otros indicadores sectoriales de desempeño, como la esperanza de vida, la mortalidad de niños menores de 5 años y mayores de 5 años, las tasas de inmunización, y la nutrición infantil, entre otros. A pesar de estos logros, todavía hay importantes desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre los diversos grupos socioeconómicos y las regiones. Las personas pobres que viven en las áreas rurales (especialmente en las regiones del Atlántico y Central), la población indígena, y las personas que viven en hogares dedicados a la agricultura, tienen menos acceso a los servicios de salud y prevención que el promedio general de la población. La falta de mecanismos de mitigación de riesgos -como seguros médicos y protección social- hace que los usuarios de servicios de salud en Nicaragua estén pagando directamente con sus recursos medicamentos y otros ítems que están fuera de las consultas, como los análisis de laboratorio, lo cual representa un gasto significativo del ingreso del hogar, para poder atender las necesidades de salud. Largas distancias, falta de medicinas, altos costos y otros factores indirectos (como la auto-medicación), constituyen las principales razones para que las personas de los sectores pobres utilicen sistemas informales de salud, o no busquen atención del todo, cuando padecen una enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Nicaragua ha podido mejorar sus resultados en salud haciendo un uso relativamente eficiente de los recursos, si comparamos con otros países de América Central. Sin embargo, el sector de la salud de Nicaragua enfrenta diversos desafíos y dificultades en términos de equidad, efectividad y eficiencia. Mientras que los recursos públicos se utilizan principalmente para mantener una importante dotación de médicos, hospitales, y clínicas, y para brindar consultas a bajo costo, los costos de otros ítems que están fuera de las consultas, como los medicamentos y los análisis de laboratorio, los paga en su mayoría directamente el usuario. Hay un acceso deficiente a las instalaciones de los servicios de salud por parte de la población rural pobre, especialmente en las regiones del Atlántico y Central. La asignación de recursos per capita está concentrada en regiones más ricas, como Managua y la región del Pacífico. Esta combinación de dificultades de acceso y de costos adicionales hace que las personas pobres recurran menos que los no pobres a los servicios de salud, cuando padecen una enfermedad.

* Los autores trabajan para el Banco Mundial. Este estudio fue preparado como una contribución al Reporte sobre la Pobreza en Nicaragua No. - 39736 - NI. Agradecemos a Florencia Castro-Leal (Líder del Equipo del Reporte sobre la Pobreza, LCSPP) y Rafael Cortez (Gerente de Proyectos del Sector Salud, LCSHD) por su apoyo y orientación. Las conclusiones de este documento fueron preparadas por Rafael Cortez y Ariadna García Prado. Los puntos de vista aquí expresados son de los autores y no necesariamente reflejan los del Banco Mundial, sus directores ejecutivos, o los países que éstos representan.

En 2004 el Ministerio de la Salud (MINSA) estableció un plan de salud quinquenal para promover la descentralización de la provisión de servicios de salud. Este plan fue apoyado financieramente por los donantes a través de diferentes modalidades, con un enfoque sectorial amplio y un nivel razonable de armonización de los donantes y coordinación del apoyo estratégico en intervenciones clave. La nueva legislación asignará autonomía a los proveedores locales de servicios de salud con capacidad decisoria, particularmente en relación con recursos de administración y asignaciones. El objetivo fundamental del plan quinquenal del MINSA es mejorar el acceso de los pobres y los sectores más vulnerables de la población a los servicios de salud, especialmente a la atención materno-infantil.

A pesar de importantes esfuerzos para realizar reformas en el sector de la salud en Nicaragua, las personas pobres que viven en áreas rurales (especialmente en las regiones del Atlántico y Central) así como los grupos vulnerables de la población (como los indígenas y aquellos que viven en hogares dedicados a la agricultura) y los hogares pobres urbanos, tienen menos acceso a los servicios de salud y atención preventiva. Largas distancias, falta de medicinas, y los altos costos así como las necesidades indirectas constituyen las principales dificultades que obligan a los pobres a acudir a servicios informales de salud o a no buscar atención de salud del todo, cuando padecen una enfermedad. A causa del limitado acceso a seguro médico y protección social la mayor parte de los gastos privados de salud en Nicaragua son pagados directamente por el usuario con sus ingresos. Los medicamentos son, de lejos, el mayor gasto de salud, especialmente entre los pobres.

Este capítulo analiza las dificultades para utilizar los servicios de salud (principalmente los temas relacionados con el acceso y los costos) que afectan particularmente a los pobres. La estructura del capítulo es como sigue: la sección 1 resume el desempeño global del sector de salud en la década pasada en el contexto de América Central y América Latina, y analiza los avances alcanzados en relación con la mortalidad infantil y la salud materna; la sección 2 presenta el perfil de morbilidad de Nicaragua utilizando datos recientes de la OPS, de la OMS, y de la encuesta de medición de niveles de vida de 2005 (LSMS); la sección 3 analiza las desigualdades del acceso, la utilización, y la calidad de los servicios de salud entre los grupos socioeconómicos y regiones, así como las limitaciones para asumir los costos de salud; sigue una breve conclusión.

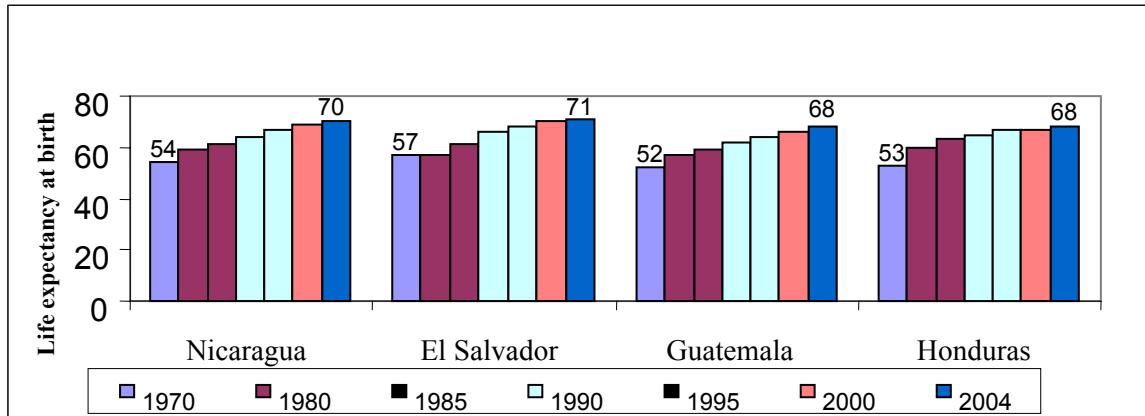
1. Desempeño global del sector

El desempeño del sector salud en Nicaragua ha ido mejorando de manera estable durante los 10 últimos años, alineado con otras economías de América Central. Nicaragua se ha embarcado en reformas ambiciosas en sectores sociales clave durante la última década. Como resultado de las reformas implementadas en estos últimos diez años, los indicadores de salud muestran una mejoría gradual y constante: el acceso a los servicios básicos, como una mejor provisión de agua de consumo humano e instalaciones sanitarias (lo cual está relacionado con las enfermedades que se contraen por la higiene deficiente, como la diarrea), ha ido en aumento, así como otros indicadores formales de desempeño, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y de niños, las tasas de inmunización, y la nutrición infantil, entre otros. En particular, en las tres últimas décadas, la esperanza de vida al momento de nacer (ver Figura 7.1) se ha incrementado de más de 10 años en Nicaragua. Los logros en la esperanza de vida en Nicaragua están alineados

con los de los países vecinos. Las tasas de mortalidad materna y de niños menores de 5 años de edad se han reducido drásticamente, como aparece en la Figura 7.2.¹

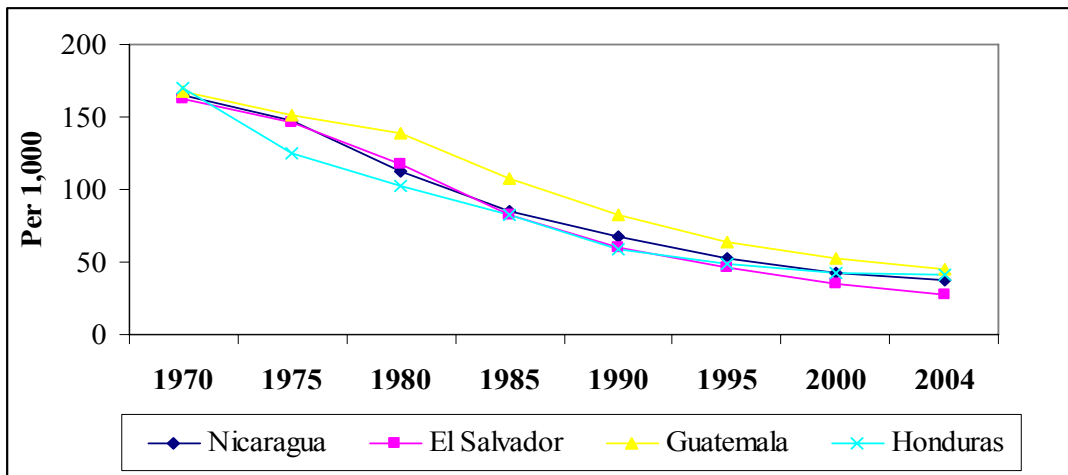
¹ Entre los 4 países centroamericanos de este análisis, la tasa de mortalidad infantil más alta se encuentra en Guatemala (33 por ciento por cada 1.000 niños nacidos vivos) y en El Salvador está la más baja (24 por cada 1.000 niños nacidos vivos). Honduras y Nicaragua ambos tienen el mismo porcentaje de 31 por cada 1.000 nacidos vivos.

Figura 7.1. El incremento de la esperanza de vida en Nicaragua desde la década de los '70 es comparable al alcanzado por otras economías de América Central



Fuentes: Los autores, utilizando *WDI Central Database: Indicadores sociales. 2007*

Figura 7.2. La mortalidad de niños menores de 5 años en Nicaragua se ha reducido de aproximadamente 160 en los '70 a 31 niños por cada 1.000 nacidos vivos en 2004.

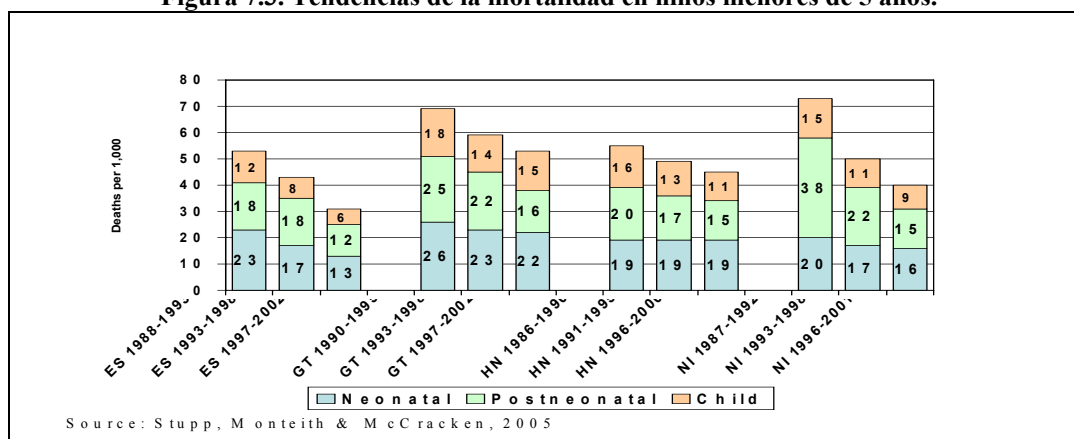


Fuente: Los autores, utilizando *WDI Central Database: Indicadores sociales. 2007*

A pesar de los significativos esfuerzos realizados en las décadas pasadas, 31 de cada 1.000 niños nacidos vivos mueren cada año en Nicaragua, y la mitad de éstos muere en los primeros 28 días de vida. En 2004, la mortalidad infantil en Nicaragua era de 31 por cada 1.000 nacidos vivos. La gran mayoría de los casos se podría haber prevenido fácilmente con una combinación de buena atención, nutrición, y tratamiento médico. La Figura 7.3 muestra las tasas promedio de mortalidad infantil en Nicaragua versus otras economías centroamericanas, desagregadas en neonatal (probabilidades de morir en los primeros 28 días de vida), post-natal (probabilidades de morir entre el día 28 y el primer año de vida), y niños menores de 5 años (probabilidades de morir durante los primeros 5 años de vida). Las estimaciones indican que las tasas de mortalidad infantil se han reducido en Nicaragua principalmente debido a importantes avances realizados en las tasas de mortalidad post-neonatal desde la década de los '80, mientras que la tasa de mortalidad neonatal se ha reducido sólo levemente en ese mismo período. Mientras que las tasas de mortalidad post-neonatal eran más elevadas que las tasas de mortalidad neonatal

en los años '80, ocurre lo contrario a inicios de la década del 2000. Este mismo fenómeno se confirma en otras economías centroamericanas como El Salvador, Guatemala, y Honduras.

Figura 7.3. Tendencias de la mortalidad en niños menores de 5 años.



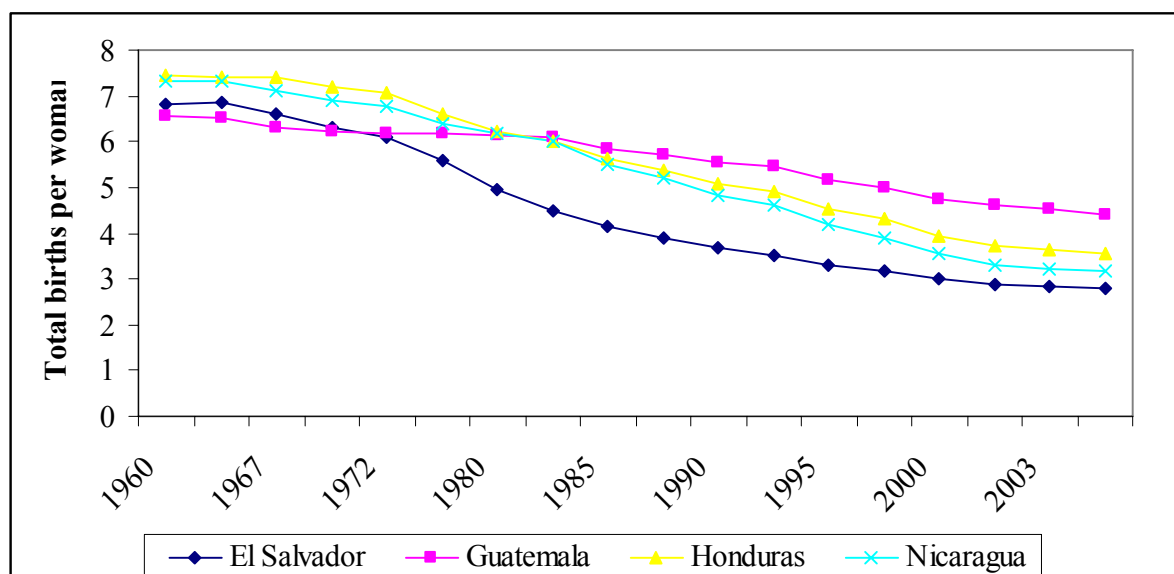
Fuente: Stupp y otros (2005).

Aunque la cobertura de inmunización se mantiene en niveles generalmente elevados (cerca de 90 por ciento de cobertura), ésta se ha reducido desde 2004. La inmunización infantil compensa los efectos negativos de la pobreza y de los bajos niveles de escolaridad de los niños. Por lo tanto, es indispensable para Nicaragua promover la cobertura de la inmunización como un componente estratégico del programa de reducción de la pobreza. Las tasas de inmunización contra la polio, el sarampión, la difteria, la tos ferina-tétano, y la tuberculosis se redujeron de 90 por ciento a finales de la década de los '90 a 80, 84, 79 y 88 por ciento respectivamente en 2004. Las vacunaciones incompletas pueden reflejar una distribución mal hecha del servicio e ineficiencia de la logística de los sistemas, así como falta de servicios de salud y asignación presupuestaria, especialmente en zonas apartadas.

Las Tasas de fertilidad en Nicaragua bajaron de aproximadamente 100 por ciento en las dos últimas décadas; sin embargo, hay variaciones regionales significativas. Como está ilustrado en la Figura 4, las tasas de fertilidad (representadas por el número promedio de niños que las mujeres dan a luz en su ciclo de vida) decayeron drásticamente desde 6 en 1985 a 3.1 en el 2004 (ver Figura 7.4). Mientras que el bienestar financiero es frecuentemente cuantificado por el ingreso/consumo per capita, una baja en las tasas de fertilidad (que habitualmente reduce el número promedio de miembros de los hogares) es algo beneficioso para el objetivo de reducción de la pobreza. Además, el descenso de las tasas de fertilidad podría ser el eco de campañas exitosas de planificación familiar y contracepción.² Comparadas con las de sus países vecinos, las tasas de fertilidad de Nicaragua y El Salvador se han reducido más rápido que en Guatemala. De los cuatro países de América Central incluidos en este análisis, El Salvador tiene la tasa de fertilidad más baja (2.8 hijos por mujer), seguido de cerca por Nicaragua (3.1), Honduras (3.6), y Guatemala (4.3).

² Las tasas de fertilidad están relacionadas con el nivel educativo de la madre. Como se puede suponer, la tasa total de fertilidad entre mujeres con menores niveles educativos es mayor que entre mujeres con más educación, con una diferencia mayor a 4 niños entre los niveles más bajos y más altos de educación en Nicaragua y Guatemala. En estos países, la tasa total de fertilidad deseada es más baja que la tasa observada, la cual claramente indica que las mujeres no están satisfaciendo sus necesidades reproductivas.

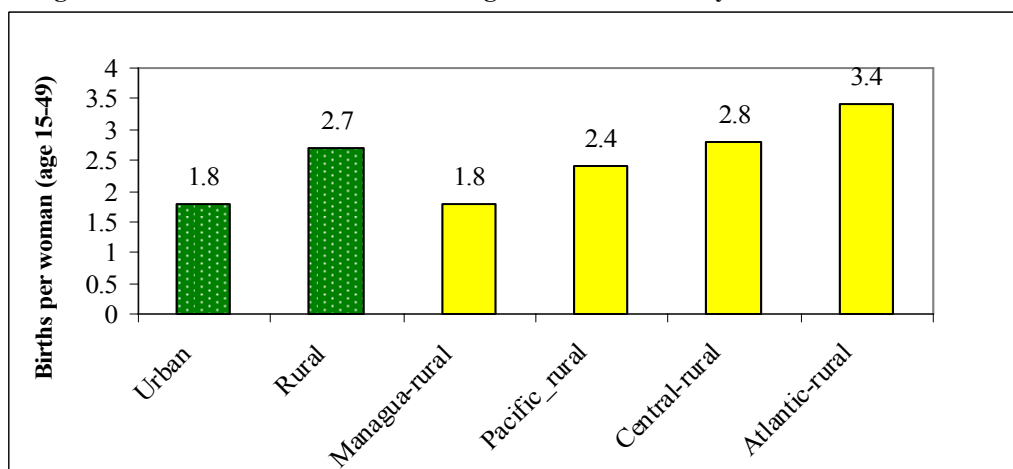
Figura 7.4: Las tasas de fertilidad en Nicaragua han bajado comparación con las de otras economías centroamericanas.



Fuente: Los autores, utilizando *WDI Central Database: Indicadores sociales*. 2007

Las estimaciones de las encuestas indican amplias diferencias en las tasas de fertilidad por región: las regiones pobres muestran tasas más elevadas de fertilidad. Las estimaciones de la encuesta LSMS de 2005 en Nicaragua sugieren que las tasas totales de fertilidad en ese año y a nivel nacional se encontraban en 2.2 (1.8 en áreas urbanas contra 2.7 en áreas rurales). Como aparece en la Figura 7.5 más abajo, las tasas de fertilidad rural varían significativamente por región. En particular, las tasas de fertilidad rural varían de 1.8 en Managua hasta 3.4 en la región del Atlántico.

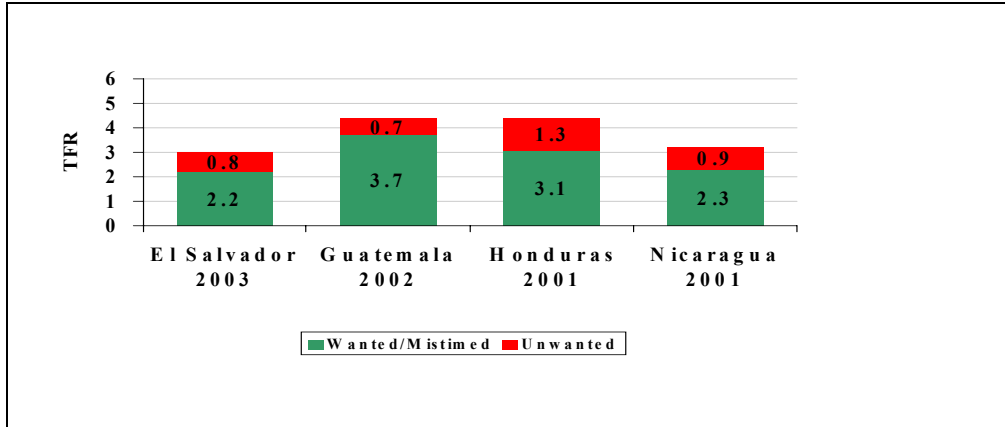
Figura 7.5: Las tasas de fertilidad son significativamente mayores en las áreas rurales.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

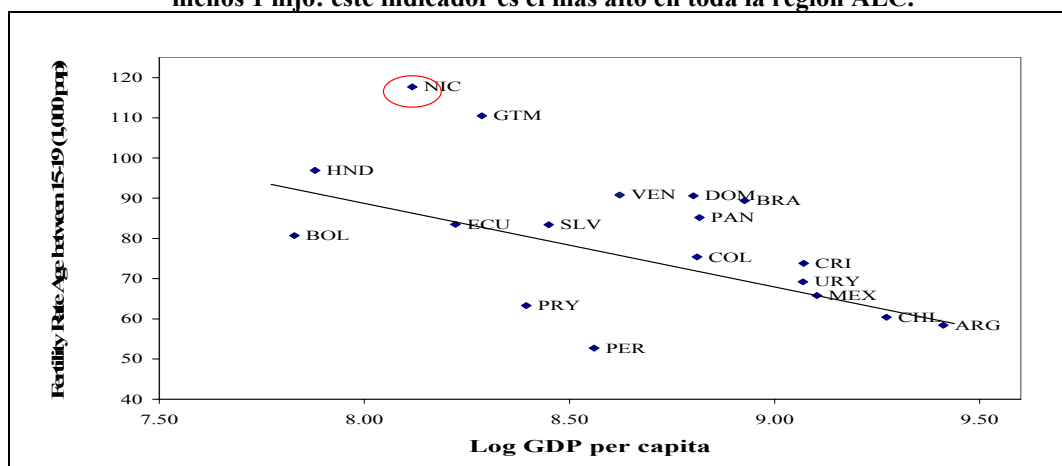
Aproximadamente 1 de cada 3 niños nacidos en Nicaragua es indeseado/no planificado: esta tasa es elevada para los estándares latinoamericanos. La tasa de fertilidad deseada refleja el número de hijos que una mujer desea tener, mientras que la tasa total de fertilidad observada (TTF) es el número de hijos que realmente tienen. La Figura 6 muestra las tasas de fertilidad observadas y deseadas entre los años 2001 y 2003 en Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador. Las tasas de fertilidad de nacimientos indeseados o mal programados en Nicaragua es de un poco más de un tercio, lo cual sugiere que sólo 2 de cada 3 niños que nacen son deseados por sus madres, mientras que los restantes son o indeseados o no planificados.

Figura 7.6: El Salvador y Nicaragua muestran altas tasas de fertilidad indeseada.



Fuente: Stupp, Monteith y Mc Craken, 2005.

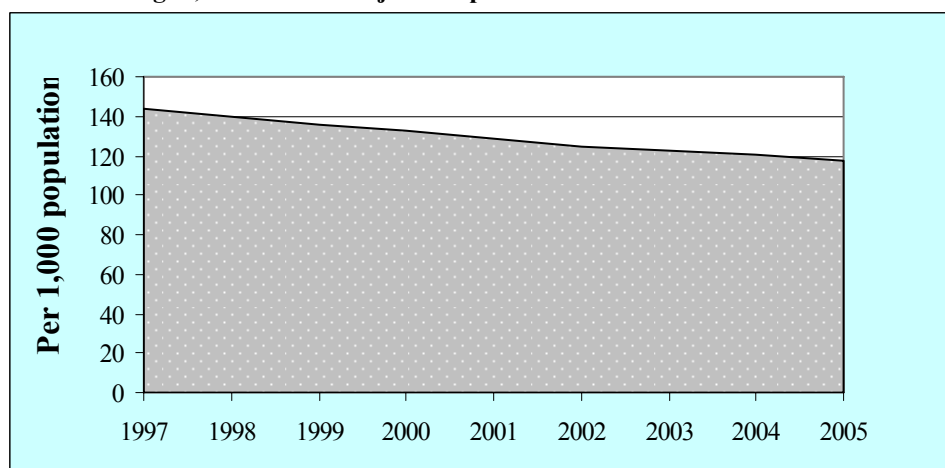
Figura 7.7: Cerca de 117 de cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad en Nicaragua tiene por lo menos 1 hijo: este indicador es el más alto en toda la región ALC.



Fuente: Los autores, utilizando *Core Health Data System* de la OMS y la OPS, 2007.

A pesar de que en el contexto latinoamericano Nicaragua tiene la proporción más alta de mujeres jóvenes (entre 15 y 19 años de edad) con hijos, el porcentaje de madres jóvenes ha ido decreciendo de manera constante en la última década. El embarazo adolescente está estrechamente vinculado a una cantidad de otros problemas importantes, entre los que se encuentran las condiciones de bienestar general y familiar. De más está decir que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de concluir la educación primaria o la secundaria, que es necesario para poder aspirar a mejores oportunidades de empleo. Seguir reduciendo el embarazo adolescente ayudará a mantener los recientes logros en términos de reducción de la pobreza en Nicaragua, especialmente la tenaz pobreza infantil.

Figura 7.8: La proporción de madres jóvenes (entre 15 y 19 años de edad) se ha reducido en Nicaragua, de 142 madres jóvenes por cada 1.000 en 1997 a 117 en 2004.

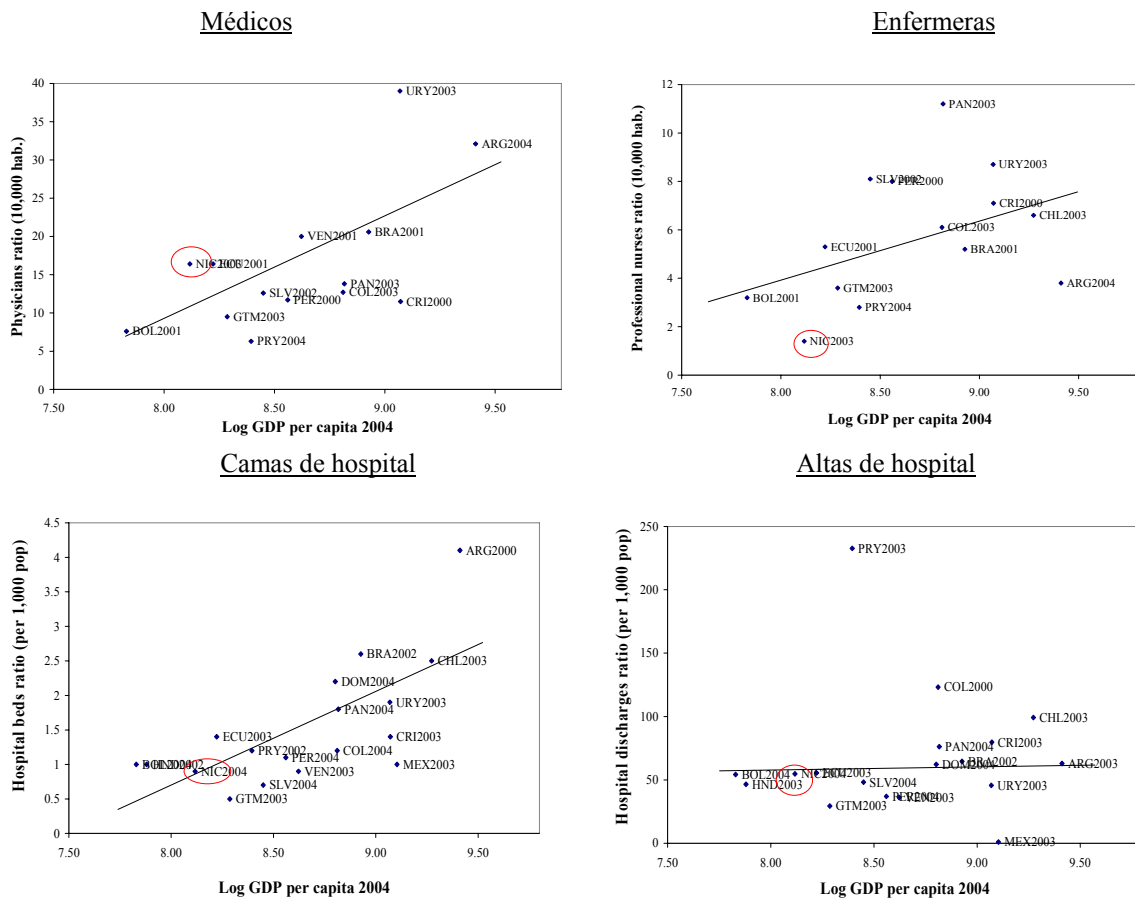


Fuente: Los autores, utilizando *Core Health Data System* de la OMS y la OPS, 2007.

Aunque los resultados generales de salud y los indicadores de recursos del sector están alineados con los de otras economías centroamericanas, Nicaragua gasta relativamente más de sus recursos públicos en salud. El gasto público de salud en Nicaragua como porcentaje del PIB es el más alto entre los países centroamericanos. En el año 2000, se registró como 6.8 por ciento del PIB. Del mismo modo que en los otros tres países estudiados, entre 2000 y 2001 el porcentaje del gasto público del PIB bajó a 3.8 por ciento. A pesar de esta considerable caída,

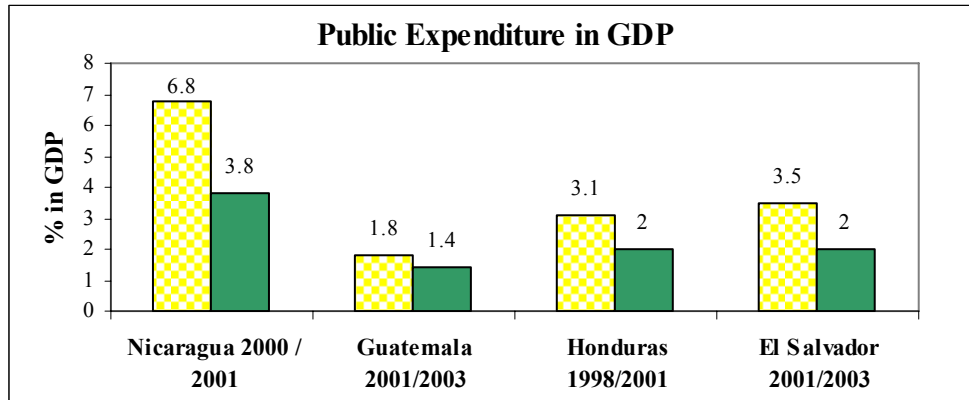
Nicaragua todavía gasta en salud bastante más que sus vecinos y en el contexto regional, dado su nivel de desarrollo (ver Figuras 7.10 y 7.10B). Mientras que Nicaragua gasta más de su presupuesto público en salud, los resultados básicos (como está descrito arriba) y los recursos del sector no superan los de los países vecinos. El sistema de salud de Nicaragua tiene componentes físicos y humanos concordantes con su nivel de desarrollo en el contexto latinoamericano (aunque alcanzados con mayores costos). Mientras que el número de médicos por cada 10.000 habitantes es elevado en función del nivel de desarrollo de Nicaragua, el número de enfermeras por cada 10.000 habitantes es bajo. El número de camas y de altas hospitalarias por cada 1.000 habitantes está al nivel de su grado de desarrollo. Esto sugiere que probablemente el sector no esté invirtiendo sus recursos tan eficientemente como lo hacen otros países (es decir, Nicaragua está alcanzando resultados similares a los de la mayoría de sus vecinos, pero éstos los obtienen gastando la mitad).

Figura 7.9: Los recursos humanos y físicos en Nicaragua versus América Latina.



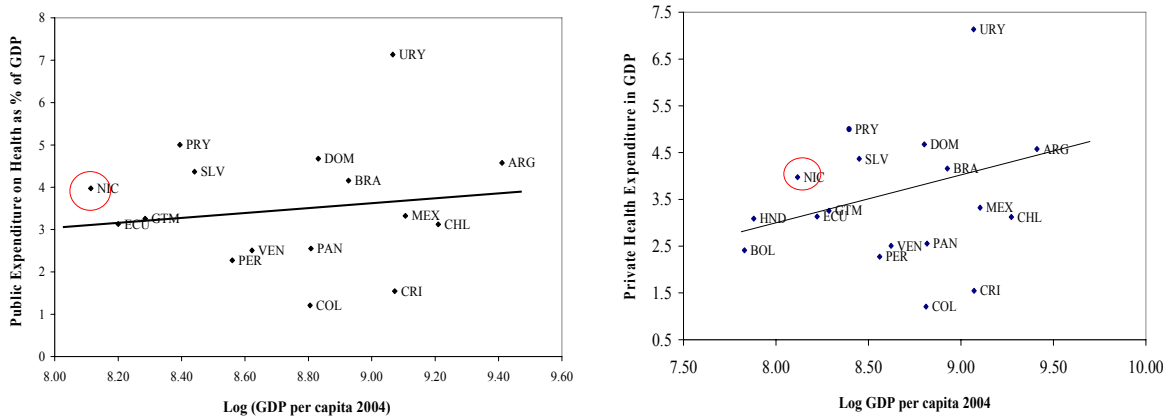
Fuente: Los autores, utilizando *Basic Health Indicator Database* de la OMS, de la OPS, y la *WDI Central* del Banco Mundial.

Figura 7.10A: Aunque las inversiones en salud se han reducido desde el año 2000, Nicaragua todavía gasta aproximadamente el doble de lo que gastan sus vecinos.



Fuente: Los autores, utilizando *Basic Health Indicator Database* de la OMS y la OPS.

Figura 7.10B: Gasto público y privado de salud como porcentaje del PIB.



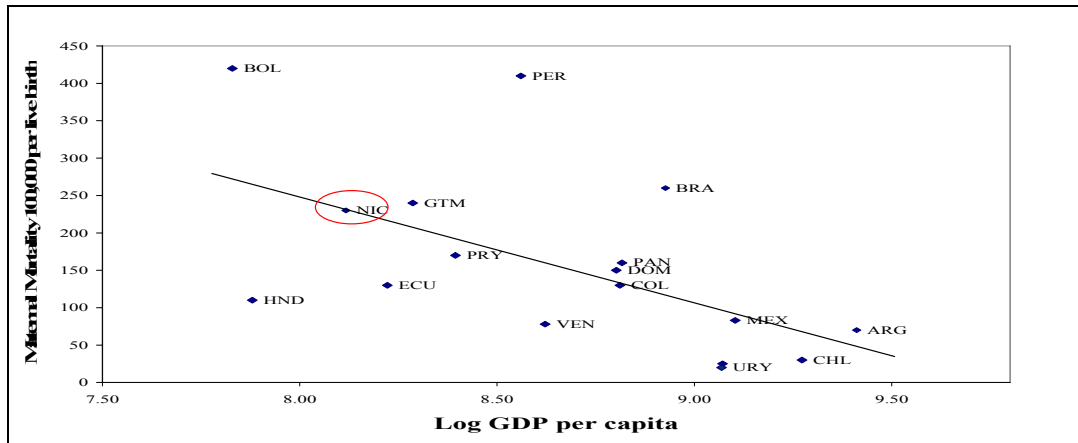
Fuente: Los autores, utilizando *Basic Health Indicator Database* de la OMS, de la OPS, y la *WDI Central* del Banco Mundial.

ATENCIÓN MATERNAL

En los últimos diez años el gobierno de Nicaragua ha dado pasos importantes en las políticas de salud materna. En 2004 Nicaragua actualizó su Política Nacional de Salud (que va de 2004 a 2015), poniendo especial énfasis en los temas relacionados con la salud materna. La promoción de madres y niños sanos requiere intervenciones efectivas, de varios sectores conjuntamente, y una combinación adecuada de políticas, como mejorar el nivel social y económico de mujeres y niños, programas sociales con familias y comunidades, educación para todos, acceso universal a los servicios básicos de salud, acceso a servicios de planificación familiar, garantizando atención capacitada en los partos, adecuada atención neonatal e infantil, y un contexto libre de violencia intrafamiliar, entre otros. Para ello, el país ha creado leyes de promoción de la salud infantil y adolescente, de lactancia materna, atención en el parto y pre-post natal, así como otros reglamentos que permiten a los profesionales no-tradicionales participar en la atención de partos y proteger las relaciones entre los padres y los hijos.

En el contexto de la región ALC, las tasas de mortalidad materna de Nicaragua están alienadas con su nivel de desarrollo. El ratio de mortalidad materna de Nicaragua (por 100.000 nacidos vivos) era de 230 en el año 2000. Como se indica en la Figura 7.11, Nicaragua se encuentra justo en el promedio latinoamericano dado su nivel de desarrollo económico. Según el Ministerio de la Salud, del total de muertes maternas en el 2004, 11 por ciento se debieron a homicidios (69 por ciento de los cuales se debían al suicidio de la madre, sobre todo entre adolescentes). La violencia física y sexual contra las jóvenes madres está teniendo serias consecuencias tanto para la salud física como mental de las madres y de los niños en Nicaragua, y por esta razón es hoy un asunto sanitario de mucha importancia en el país. Un estudio reciente en la ciudad de León indica que la agresión física y sexual contra las madres (ya sea antes o durante el embarazo) aumenta considerablemente el riesgo de mortalidad de sus hijos hasta la edad de 5 años (Asling-Monemi, Peña, Ellsberg&Persson, 2003).

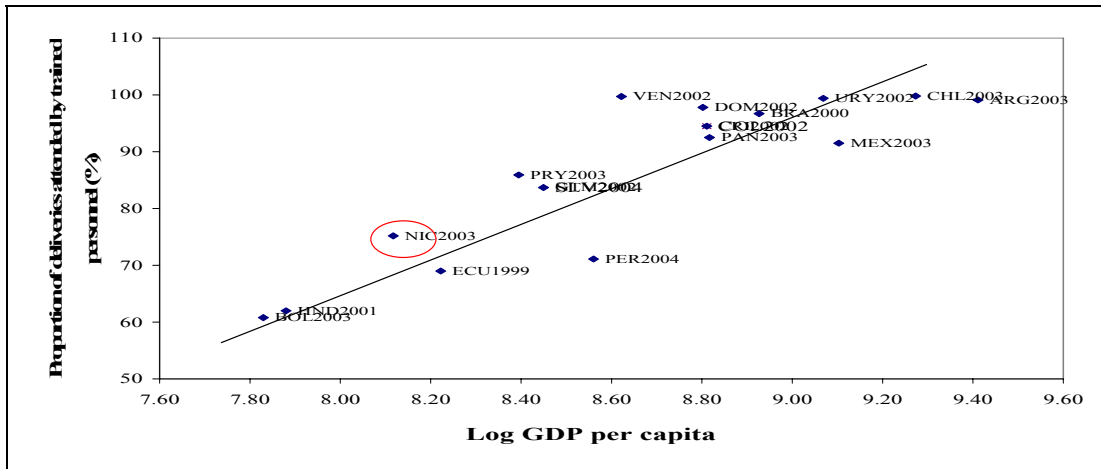
Figura 7.11: El ratio de mortalidad materna del año 2000 (por 100.000 nacidos vivos).



Fuente: Los autores, utilizando *Core Health Indicators* de la OMS, 2007.

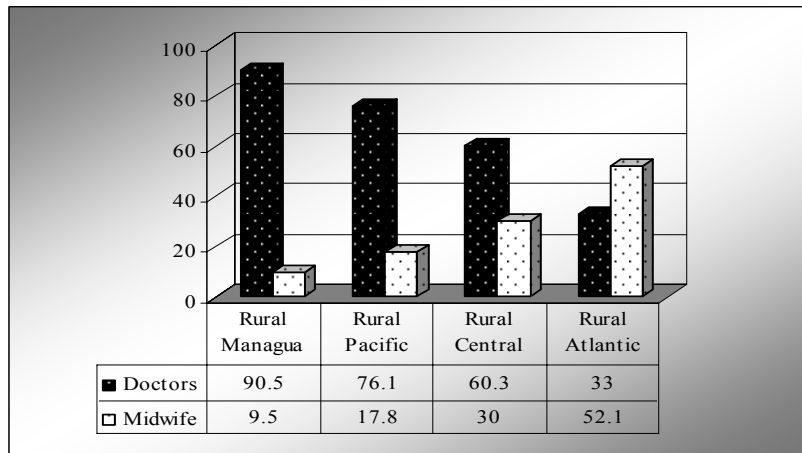
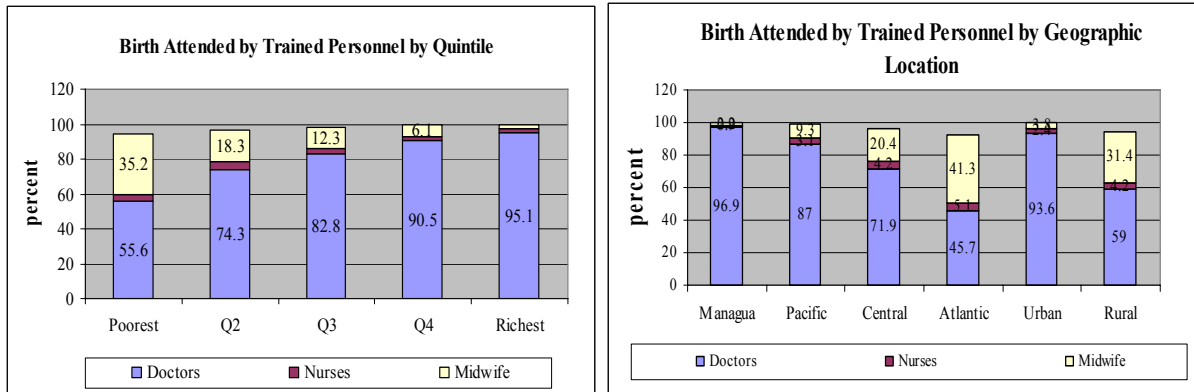
Mientras que el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado en Nicaragua es ligeramente superior a los estándares latinoamericanos, hay grandes disparidades entre los grupos socioeconómicos y las regiones. Mientras que 95 por ciento de todos los partos en el quintil más rico son atendidos por un médico experimentado, la tasa equivalente es de sólo 56 por ciento entre las mujeres pobres (los partos restantes son atendidos por parteras). Mientras que la proporción de partos atendidos por médicos llega en Managua hasta el 97 por ciento, la tasa equivalente llega a 87, 72 y 46 por ciento en las regiones del Pacífico, Central, y Atlántico, respectivamente. Y mientras que en las áreas rurales de Managua la proporción de partos atendidos por médicos sobrepasa el 90 por ciento, la proporción equivalente es de 33 por ciento en las áreas rurales en la región Atlántica. Como se puede imaginar, ocurre lo contrario en el porcentaje de partos atendidos por parteras: mientras que menos del 10 por ciento de las madres que viven en las áreas rurales de Managua son atendidas por parteras, más de la mitad de todas las madres de las áreas rurales de la región del Atlántico son atendidas por parteras.

Figura 7.12: Proporción de partos atendidos por personal capacitado en la región ALC.



Fuente: Los autores, utilizando *Core Health Data* de la OMS y de la OPS, 2007.

Figura 7.13: Partos atendidos por personal capacitado, por quintil y por región.



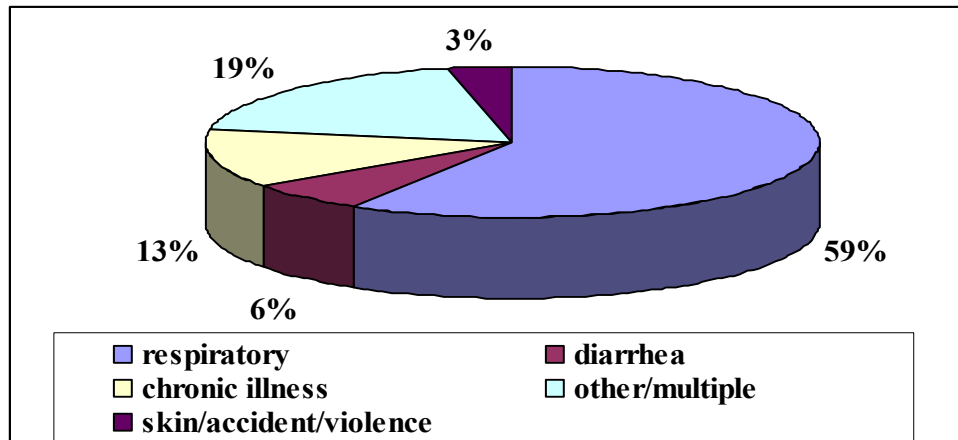
Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

MORBILIDAD

De lejos, las enfermedades respiratorias son las más recurrentes en Nicaragua, seguidas por las enfermedades crónicas y la diarrea (ver Figura 7.11 abajo). Cerca de 59 por ciento de

todas las personas que afirman haber estado enfermas en los 4 meses previos a la encuesta LSMS de 2005, dicen haber sufrido de alguna enfermedad respiratoria. Las enfermedades crónicas y otras de tipo múltiple representan cerca de 32 por ciento de todas las enfermedades reportadas por las personas que afirman haber estado enfermas. Mientras que las enfermedades respiratorias son relativamente más comunes entre las personas de los quintiles más pobres, las enfermedades crónicas son más comunes entre las personas del quintil más rico. Sin sorpresa, la población indígena y las personas que viven en hogares dedicados a la agricultura son más vulnerables a tener diarreas y otras enfermedades de tipo múltiple.

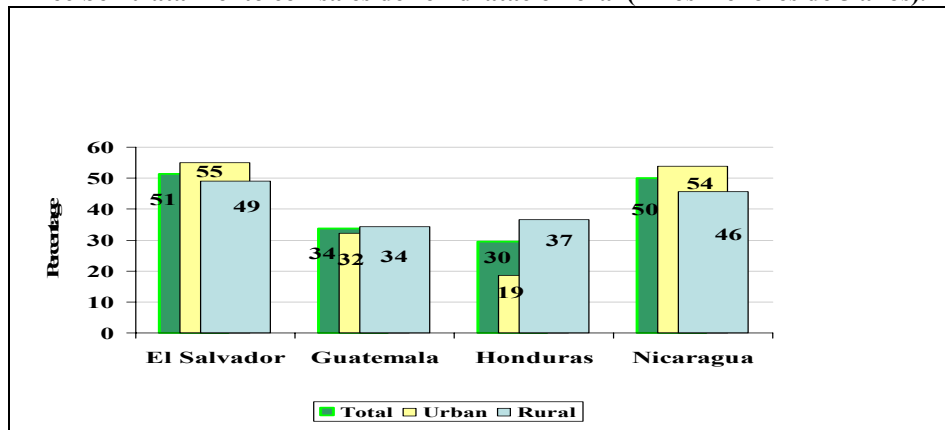
Figura 7.11: Morbilidad en Nicaragua, 2005.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Las infecciones respiratorias y la diarrea son las primeras causas de la morbilidad y la mortalidad infantil y de niños en Nicaragua. La prevalencia de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas (IRA) es elevada entre los niños, especialmente en las áreas rurales. La prevalencia aumenta entre niños de 12 a 23 meses, lo cual refleja el efecto protector del amamantamiento entre infantes menores de un año. A medida que los bebés comienzan a ingerir otros tipos de alimentos, la prevalencia de la diarrea comienza a aumentar en los bebés que tienen entre 6 y 11 meses de edad. Entre 41 y 50 por ciento de todas las madres con un hijo que tuvo diarrea, consultó a un médico. Sin sorpresa, las madres del sector urbano tienen más tendencia a consultar que las madres rurales. Como aparece en la Figura 7.12 abajo, en Nicaragua y en El Salvador el porcentaje más elevado de niños con diarrea que recibieron tratamiento con sales de rehidratación oral (ORS, siglas en inglés) reside en áreas urbanas: 54 contra 50 por ciento en Nicaragua y 55 contra 51 por ciento en El Salvador. En Guatemala y Honduras ocurre lo contrario.

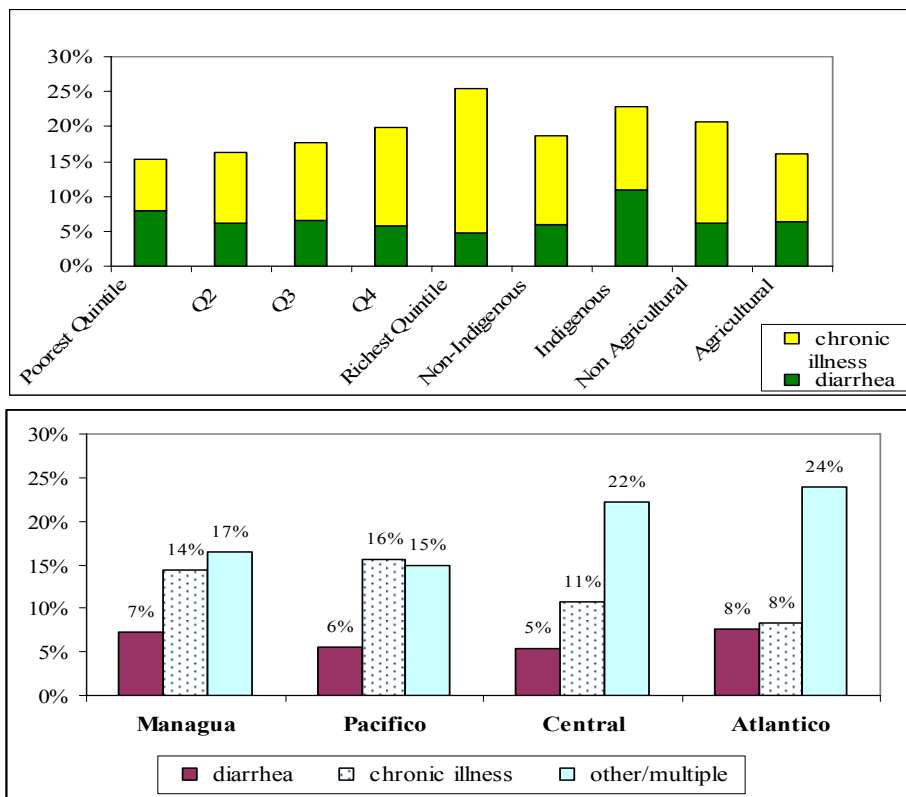
Figura 7.12: Aproximadamente la mitad de todos los niños de menos de 5 años de edad en Nicaragua reciben tratamiento con sales de rehidratación oral (niños menores de 5 años).



Fuente: Stupp, Monteith y McCracken, 2005.

Managua, la región del Pacífico y las áreas urbanas tienen, en relación al promedio, una mayor proporción de su población que padece enfermedades crónicas. Las regiones del Atlántico y Central tienen una proporción más grande de su población con enfermedades múltiples. La diarrea y las enfermedades respiratorias están más presentes entre la población masculina, mientras que las enfermedades crónicas y múltiples son más comunes entre la población femenina.

Figura 7.13: Las personas indígenas y las que viven en hogares que se dedican a la agricultura son más vulnerables a la diarrea.



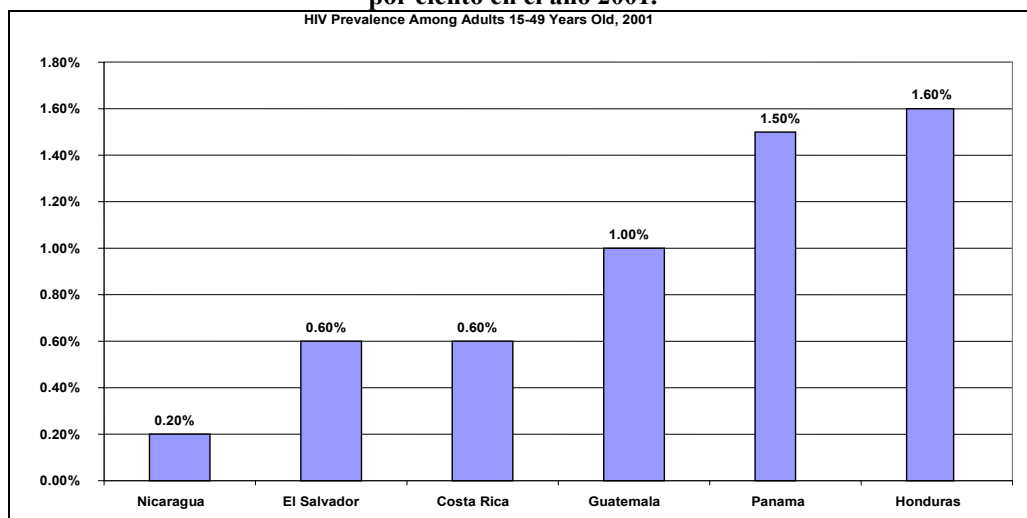
Fuente: Los autores con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Cerca de 1 de cada 3 niños entre 12 y 59 meses de edad en Nicaragua tiene probabilidades de padecer anemia. La anemia infantil por carencia en hierro está asociada con deficiencias en el desempeño cognitivo, en el desarrollo motor, la coordinación, el desarrollo del lenguaje y el éxito escolar. La anemia aumenta la morbilidad de las enfermedades infecciosas porque afecta negativamente diferentes mecanismos inmunológicos. Entre los posibles factores que causan la anemia, una de las principales causas en América Central es la carencia nutritiva por falta de hierro en la dieta. Si la anemia no se diagnostica, puede provocar la infertilidad en las mujeres en edad fértil y el parto prematuro en las mujeres embarazadas. Es de 28.4 el porcentaje de niños entre 12 y 59 meses de edad que tienen anemia en Nicaragua. La prevalencia de la anemia es mayor en las áreas rurales que en las áreas urbanas. La prevalencia de la anemia también varía un poco entre los quintiles de ingreso. Tanto la edad de los niños como el nivel de educación de la madre parecen estar negativamente asociados al porcentaje de niños que padecen de anemia. A medida que los niños crecen, el porcentaje de los que tienen anemia se reduce. De igual manera,

cuanto más alto es el nivel de educación de la madre, menos probabilidades tienen sus hijos de padecer anemia³.

Nicaragua tiene la tasa más baja de prevalencia del VIH en América Central. Se estima que 191.000 personas están viviendo con el VIH/SIDA en América Central. La mayor parte de la población con VIH/SIDA positivo vive en Honduras y Guatemala (ver la Figura 7.14). En un esfuerzo por dar prioridad a la información y la prevención de esta enfermedad, Nicaragua puso en marcha campañas en las áreas urbanas como rurales, para promover el uso de los condones, evitar las relaciones sexuales tempranas, e identificar los síntomas del SIDA. Al igual que lo que sucede en la región Caribe y en América del Sur, la epidemia del VIH está concentrada sobre todo en las áreas urbano/comerciales y la transmisión tiene lugar principalmente en las relaciones heterosexuales. La enfermedad es más común entre los hombres que entre las mujeres. Sin embargo, la brecha de género en la población con VIH/SIDA se está reduciendo en América Central, incluyendo a Nicaragua. A pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno para responder a la epidemia, todavía hay importantes desafíos que enfrentar. Por ejemplo, se necesita promover más la difusión de la información y el conocimiento acerca de esta enfermedad infecciosa mortal, particularmente entre las mujeres, y entre la población rural e indígena.

Figura 7.14: La prevalencia del VIH en adultos entre 15 y 49 años de edad en Nicaragua era de 0.2 por ciento en el año 2001.



Fuente: Programas nacionales contra el VIH en Guatemala, Honduras, El Salvador, y Nicaragua. 2001.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Frecuencia de utilización

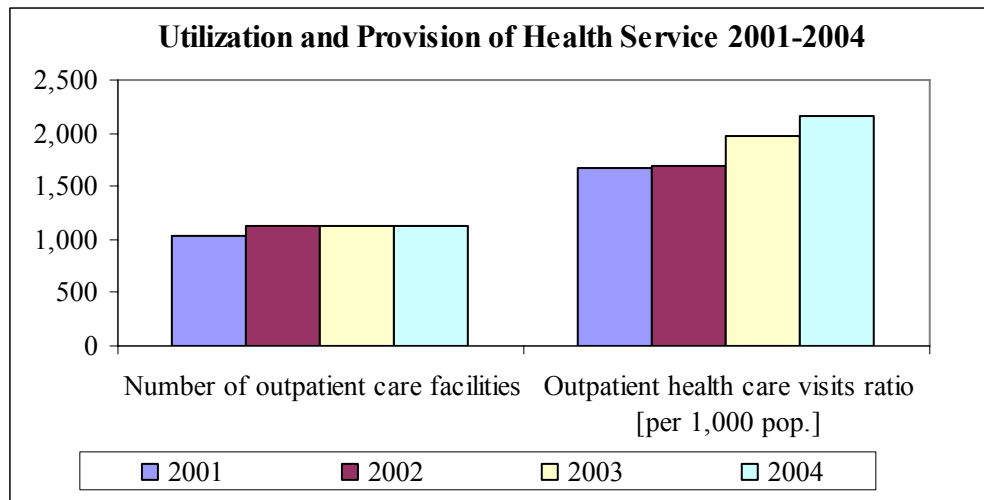
El Ministerio de la Salud de Nicaragua (MINSa) brinda servicios de salud a través de su red de más de 1.000 puntos de atención, entre los que se incluyen 33 hospitales, 177 centros de salud, y 872 puestos de salud. El MINSa administra el sistema a través de 18 oficinas departamentales (SILAIS). El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) es el segundo más importante proveedor de servicios de salud: aproximadamente 19 por ciento de todas las personas de 20 a 39 años de edad han acudido al INSS para una consulta médica. El INSS

³ Banco Mundial: *Key Issues in Central America Health Reforms: Diagnosis and Strategic Implication*, página 33.

adquiere un paquete de servicios de 48 organizaciones que proveen servicios de salud llamadas *Empresas Médicas Previsionales (EMPS)*(ver OPS, 2002). Al ser utilizados por el 43 por ciento de la población, los centros de salud son el punto de provisión de servicios de salud más concurridos en Nicaragua, seguido de las clínicas privadas (16 por ciento), los hospitales públicos y privados (13 por ciento), el INSS (11 por ciento), puestos de salud (9 por ciento), y otras instalaciones de salud (8 por ciento). Estos resultados se obtuvieron usando estimaciones de la encuesta LSMS de 2005. En 2005, cerca de la mitad de la población pobre realizaba consultas médicas en centros de salud, 13 por ciento en puestos de salud y 12 por ciento en hospitales públicos. Las personas no pobres (generalmente los usuarios de los quintiles 4to y 5to, y aquellos que viven en las áreas urbanas de Managua y/o de la región del Pacífico) tienen más tendencia a usar clínicas privadas y el INSS (además de los centros de salud) para consultas médicas.

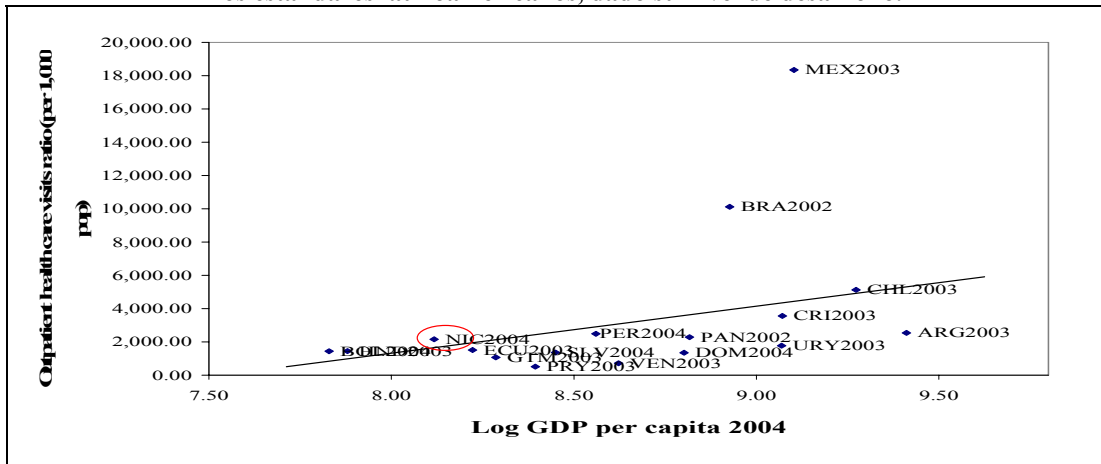
Casi la mitad de todas las personas que padecen enfermedades reciben/buscan tratamiento médico. En el año 2005, según los resultados de la encuesta LSMS, aproximadamente la mitad de todos los individuos (50 por ciento de no pobres y 40 por ciento de pobres) que afirmaron haber estado enfermos en las 4 semanas anteriores a la encuesta, recibieron algún tipo de consulta o tratamiento médico. A nivel nacional, el uso de los servicios de salud contabilizado según el ratio de visitas de pacientes externos a los servicios de salud por cada 1.000 habitantes se ha incrementado de 1.674 a 2.153 entre los años 2001 y 2004. A pesar de este aumento considerable de la utilización de servicios de salud, los puntos de atención de pacientes externos se han reducido ligeramente de 1.129 en el año 2002 a 1.122 en el 2004 (ver Figura 7.15). Hacia el 2004 (ver la Figura 7.16) las visitas de pacientes externos por 1.000 habitantes en Nicaragua estaban ligeramente por encima de los estándares latinoamericanos, dado el nivel de desarrollo de los países.

Figura 7.15: A pesar del aumento de la utilización de los servicios desde el 2001, el número de puntos de atención de salud no ha cambiado.



Fuente: Los autores, utilizando *Basic Health Indicator Database* de la OMS y de la OPS.

Figura 7.16: El número de pacientes externos atendidos en Nicaragua está ligeramente por encima de los estándares latinoamericanos, dado su nivel de desarrollo.



Fuente: Los autores, utilizando *Basic Health Indicator Database* de la OMS, de la OPS, y la *WDI Central* del Banco Mundial.

Las tasas de frecuencia de utilización de servicios de salud entre los no pobres son de aproximadamente 13.2 por ciento superiores a las de los pobres. La Tabla 7.1 presenta las tasas de frecuencia utilización de los servicios de salud entre las personas que afirman haber estado enfermas en las 4 semanas anteriores a la encuesta. Los resultados indican que dichas tasas varían significativamente entre los grupos socioeconómicos, las regiones y los estratos. En especial, mientras que la utilización entre los usuarios urbanos no pobres es de 55.8 por ciento, la utilización entre los usuarios más pobres y más vulnerables (como los que viven en las áreas rurales, en las regiones más pobres, y los que viven en hogares dedicados a la agricultura) es de 42.6 por ciento. Las tasas de utilización son más altas entre las mujeres que entre los hombres (52.3 contra 47.1 por ciento). Como se puede suponer, las tasas de utilización son más elevadas entre las personas ancianas y los infantes menores de un año (en 54.33 y 81.02 por ciento respectivamente) y más bajas entre los jóvenes (de 32.7 a 41.7 por ciento).

Tabla 7.1: Utilización de servicios de salud en Nicaragua.

Utilización de servicios de salud en Nicaragua en 2005 entre quienes afirman haber estado enfermos (4 últimas semanas)	Consultas ordinarias %	Consultas de emergencia %	No consultan %
Grupo socioeconómico			
No pobres	50.59	5.18	44.23
Pobres	40.41	2.23	57.36
Quintil más pobre	36.48	2.37	61.15
Q3	46.87	2.75	50.37
Quintil más rico	53.85	5.88	40.27
Grupos vulnerables			
Indígenas	48.78	3.45	47.77
Productores agrícolas	40.31	2.53	57.16
Estratos			
Rural	41.90	2.55	55.55
Urbano	49.53	4.97	45.50
Managua	48.18	6.86	44.95
Pacífico	48.88	3.19	47.93
Central	44.29	3.04	52.67
Atlántico	41.03	2.09	56.88
Género			
Femenino	48.44	3.81	47.75
Masculino	43.15	3.90	52.96
Grupo de edad			
Edad 0-1	74.47	6.55	18.97
Edad 2-12	52.26	3.62	44.13
Edad 13-19	30.01	2.63	67.36
Edad 20-29	38.05	3.60	58.35
Edad 30-39	39.93	3.16	56.91
Edad 40-49	47.27	4.16	48.57
Edad 50-59	45.00	4.40	50.60
Edad 60-69	46.98	3.95	49.08
Edad 70-79	49.91	4.42	45.67
Edad 80-97	48.68	7.12	44.20

Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Nivel educativo, acceso a seguro médico, grupo socioeconómico, distancia hasta el punto de atención, y la región, son determinantes importantes de la utilización de servicios de salud en Nicaragua. El análisis regresivo (utilizando un modelo Probit) es útil para cuantificar los principales determinantes de la utilización de servicios de salud, condicional a las características de un conjunto de personas y de hogares (para los resultados completos de regresión ver Tabla A1 en el Anexo). Las estimaciones de la encuesta LSMS de 2005 sugieren que el nivel educativo del cabeza de hogar y de la esposa, el tamaño de la familia, la región, la cobertura de seguro, y la distancia que los separa de los puntos de atención de salud son todos factores significativos para la utilización de los servicios de salud y los tratamientos médicos preventivos en Nicaragua:

Tipo de enfermedad y grupo de edad: Mientras que los pacientes en el grupo de edad de 20-39 tienen 15 por ciento menos posibilidades de acudir a consultas médicas en relación con aquellos de menos de 20 años, los pacientes en el grupo de edad 50-59, 60-69, y los mayores de 70 años tienen 17, 31 y 56 por ciento más probabilidades de recibir tratamiento, en comparación con pacientes menores de 20 años de edad. Los pacientes con enfermedades respiratorias (diarrea) tienen 55 (100) por ciento menos (más) probabilidades de recibir

atención médica en comparación con personas que han sufrido un accidente o que tienen problemas de la piel (la categoría omitida).

Grupo socioeconómico y nivel educativo: Las personas que viven en hogares con un cabeza de familia/esposa que terminó la educación primaria y secundaria tienen 6 y 9 por ciento más probabilidades de recibir tratamiento médico cuando se enferman, comparando con las personas de los hogares con un cabeza de familia/esposa que no tiene educación. Cuanto más alto el quintil, más posibilidades de recurrir a consultas médicas: las personas con ingresos del Q2, Q3, Q4 y Q5 tienen 11, 20, 23 y 32 por ciento mayores probabilidades de recibir tratamiento en comparación con las personas del quintil más pobre.

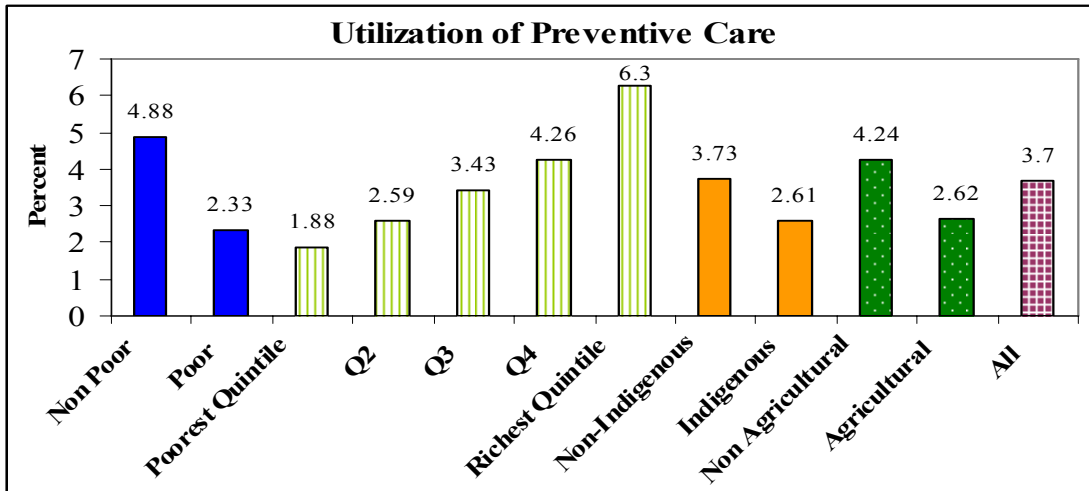
Seguro y distancia hasta los puntos de atención: Las personas que tienen seguro médico tienen 56 por ciento más probabilidades de recibir tratamiento médico cuando se enferman, comparando con las personas que no tienen seguro médico. Cuanto mayor es la distancia hasta el punto de atención de salud más cercano, menos probabilidades tienen los usuarios de recurrir a consultas médicas. Por cada kilómetro adicional de distancia que los separa del punto de atención de salud, las probabilidades de que las personas que necesitan realizar una consulta recurran a dicho centro descienden de 0.2 por ciento.

El estrato y la región: Las personas que viven en las regiones del Pacífico y Central (en las áreas urbanas) tienen de 3 a 5 por ciento más probabilidades de recibir atención médica en relación con las personas que viven en la región del Atlántico.

Sólo 3.7 por ciento de todas las personas acuden a servicios de salud preventiva en Nicaragua (ver Figura 7.17). Como se puede suponer, los hogares urbanos así como los que se encuentran en el quintil de consumo más elevado son los que más utilizan los servicios de salud preventiva. Dado que la esperanza de vida en Nicaragua ha ido aumentando año con año, la población vive más años y en algunos casos con una o más afectaciones crónicas. Esta tendencia supone nuevas demandas de largo plazo para los sistemas de servicios de salud. No sólo las afectaciones crónicas se proyectan como las causas principales de la discapacidad (si no se la previene y trata exitosamente) sino que además pueden resultar las cargas económicas más pesadas para los sistemas de salud de Nicaragua en el futuro cercano. Muchas enfermedades pueden prevenirse, sin embargo los actuales sistemas de salud de Nicaragua no están haciendo el mejor uso de los recursos disponibles para apoyar este proceso.⁴

⁴ Según la OMS, la mayoría de los sistemas de atención de salud están basados en dar respuesta a problemas agudos, necesidades urgentes de los pacientes, y situaciones de crisis. Los análisis, los diagnósticos, los tratamientos lentivos, y la esperanza de encontrar remedio a las enfermedades, son características de la atención médica contemporánea. Mientras que estas funciones son apropiadas para problemas agudos y episódicos de salud, hay un desequilibrio evidente cuando se aplica este modelo de atención a la prevención y gestión de los estados crónicos, ya que la atención preventiva es muy diferente a al tratamiento de los problemas agudos, y en este sentido, los sistemas actuales de atención a la salud resultan claramente limitados.

Figura 7.17: La frecuencia de utilización de servicios de salud preventiva entre las personas del quintil superior es 300 por ciento más elevada que entre las personas del quintil inferior.



Fuente: Los autores con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Debido a que muchas afectaciones pueden prevenirse, todas las interacciones de atención de salud deberían incluir el tratamiento preventivo. Cuando a los pacientes se les brinda sistemáticamente información y habilidades para reducir los riesgos de salud, tienen más probabilidades de disminuir el uso de drogas, de tabaco, y comenzar a alimentarse mejor y de manera más variada, mantener un bienestar mental y físico, y realizar actividades deportivas. Estos hábitos de reducción de riesgos pueden reducir drásticamente la carga de afectaciones de largo plazo y las enfermedades crónicas. Para difundir la prevención en la atención de salud, es clave realizar inversiones para aumentar la toma de conciencia respecto a los riesgos, que produzcan cambios en la manera de pensar y estimulen el compromiso y las acciones concretas entre los pacientes y sus familias, los equipos de atención de salud, las comunidades, y los tomadores de decisión en Nicaragua.

El nivel de educación del cabeza de familia y de la esposa, el género, el tamaño de la familia, la región y la condición socioeconómica, son características que influyen la probabilidad de que las personas busquen atención preventiva. Los hallazgos de una regresión Probit (para resultados de regresión completa ver Tabla A2 en el Anexo) identifica que el nivel de educación del cabeza de familia y la esposa, el tamaño de los hogares, la región, el nivel de ingreso, y el género, son factores significativos de la atención preventiva. Las personas que viven en un hogar con un cabeza de familia que ha terminado la educación primaria y secundaria tienen 8 y 2 por ciento más probabilidades de acceder a atención preventiva comparado con las personas que viven en hogares con un cabeza de familia sin educación. Además, las personas que viven en un hogar con una esposa que terminó la educación primaria, la secundaria y la terciaria tienen 12, 16 y 23 por ciento más probabilidades de recurrir a atención preventiva comparado con las personas que tienen una esposa sin educación. Las personas que viven en Managua, en las regiones del Pacífico y Central tienen 30, 36 y 12 por ciento más probabilidades de recibir atención médica preventiva comparando con las personas que viven en la región del Atlántico. Al controlar por otros factores, los niveles de consumo parecen ser un determinante significativo de la frecuencia de utilización de los servicios de salud preventiva. Con respecto a las personas del quintil más pobre, las que están en el tercero, cuarto y quinto quintil tienen 17, 16 y 19 por ciento más probabilidades de recurrir a tratamiento de salud preventiva. Finalmente, las estimaciones indican que respecto a la población femenina, la población masculina tiene 6.2 por ciento menos probabilidades de acudir a servicios médicos preventivos.

PROVEEDORES

Los centros de salud son el punto de atención de salud más concurrido en Nicaragua (ver Tabla 7.2). Los puestos de salud, los centros de salud, los hospitales públicos y privados, el Instituto de Seguridad Social (INSS), y las clínicas privadas son los principales proveedores de servicios de salud en Nicaragua. Los puestos de salud son más comúnmente utilizados en las áreas rurales, y en las regiones del Atlántico y del Centro. Las clínicas privadas, habitualmente asociadas con una mejor calidad de los servicios, y el INSS, son más concurridos por parte de los pacientes en las áreas urbanas y en las regiones del Pacífico y Central (Tabla 7.2). Los centros de salud y los puestos de salud son los principales proveedores de servicios entre los pobres (aproximadamente 71 por ciento de todos los pacientes pobres recurren a estos centros). Cerca de 16 por ciento de todos los pacientes pobres utilizan los puestos de salud; éstos no están muy bien equipados y proveen servicios realmente básicos (generalmente en áreas rurales y pequeños poblados). Sólo cerca de 10 por ciento de los pobres acuden al INSS o a clínicas privadas. Por el contrario, aproximadamente 4 de cada 10 no pobres asisten al INSS o a clínicas privadas: cuanto más rico es el paciente más probabilidades hay de que utilice clínicas privadas y centros del INSS, y menos probabilidades de que utilice un puesto de salud.

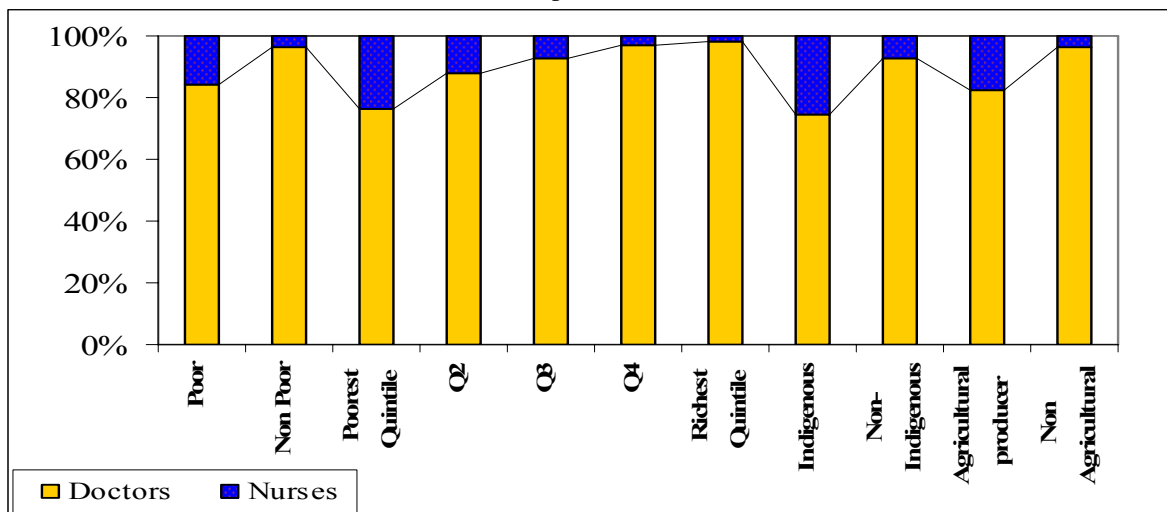
La mayor parte de la población que padece enfermedades recibe tratamiento médico de parte de profesionales de salud capacitados. Sin embargo, entre 17 y 25 (6 y 10) por ciento de todas las personas del quintil más pobre así como los que pertenecen a los sectores vulnerables de la población (como los grupos indígenas y las personas que viven en hogares dedicados a la agricultura) reciben tratamiento médico de parte de enfermeras antes que de doctores para las consultas ordinarias (emergencias). Mientras que recibir atención de parte de enfermeras no es necesariamente un signo de calidad inferior en algunas consultas ordinarias (cuando los síntomas/patologías son moderados), cuando se trata de emergencias donde la vida está en juego (o en caso de patologías más complicadas que requieren prescripción) recibir atención de parte de enfermeras es lo menos deseable. Como se puede suponer, la proporción de consultas atendidas por enfermeras es más elevada en las regiones pobres y en las áreas rurales.

Tabla 7.2: Los hogares pobres generalmente utilizan los puestos de salud y los centros de salud.

<i>Muestreo: los que reportaron haber pasado consultas (en las 4 últimas semanas)</i>	Puesto de salud	Centro de salud	Hospital público o privado	INSS	Clínica privada	Otros
Grupo socioeconómico						
No pobre	4.33	33.76	15.68	14.67	23.9	7.66
Pobre	15.72	55.51	10.16	4.01	5.54	9.06
Quintil más pobre	19.78	56.24	8.31	0.71	3.5	11.46
Q2	14.04	54.95	10.89	6.6	6.33	7.2
Q3	7.5	50.49	14.6	7.8	12.19	7.42
Q4	5.39	34.08	16.06	16.49	20.3	7.67
Quintil más rico	1.88	23.97	15.57	16.52	34	8.05
Grupos vulnerables						
Indígenas	27.61	26.8	18.89	6.01	11.63	9.06
Hogares agrícolas	16.86	47.14	10.51	1.84	13.71	9.94
Estrato						
Rural	16.79	47.9	10.28	3.03	12.32	9.68
Urbano	3.06	38.1	15.85	15.85	19.99	7.16
Managua	3.63	29.79	14.83	23.81	20.29	7.65
Pacífico	2.93	47.91	13.72	9.84	17.43	8.17
Central	10.44	51.32	12.24	3.43	15.55	7.03
Atlántico	27.81	31.88	13.8	2.72	11.55	12.25

Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Figura 7.18: Aproximadamente 27 por ciento de todos los pacientes indígenas son tratados por enfermeras cuando padecen enfermedades.



Fuente: Los autores con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Tabla 7.3: Las personas pobres que viven en las áreas rurales tienen menos probabilidades de recibir atención por parte de un médico, aún en casos de emergencia.

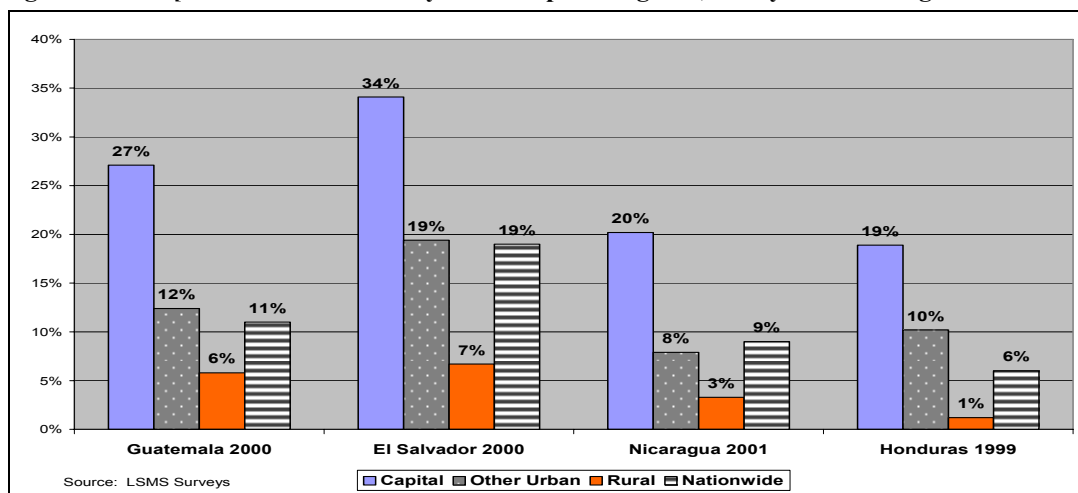
<i>Muestreo: los que reportaron haber pasado consultas (en las 4 últimas semanas)</i>	Consultas ordinarias atendidas por médicos	Consultas ordinarias atendidas por enfermeras	Emergencias atendidas por médicos	Emergencias atendidas por enfermeras
Grupo socioeconómico				
No pobre	77.67	14.92	89.97	7.45
Pobre	91.73	3.82	97.93	1.67
Quintil más pobre	67.90	22.11	88.53	5.86
Q3	82.86	11.61	88.63	11.37
Quintil más rico	87.71	6.76	92.52	7.18
Grupos vulnerables				
Indígenas	67.13	24.49	82.42	9.96
Hogares agrícolas	74.91	16.79	89.72	6.92
Estrato				
Rural	93.40	2.74	97.86	1.97
Urbano	76.22	15.72	91.31	5.90
Managua	95.14	1.02	97.62	2.38
Pacífico	91.97	3.42	97.13	1.81
Central	81.01	13.61	95.11	3.70
Atlántico	69.00	19.21	85.47	9.46

Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

SEGURIDAD SOCIAL

El acceso al seguro médico es reducido en Nicaragua de acuerdo a los estándares internacionales, especialmente en las áreas rurales. Tener cobertura de seguro médico disminuye las probabilidades de que las personas tengan que pagar más de lo que están en capacidad de pagar cuando enfrentan emergencias de salud, y aumenta la frecuencia de la utilización de los servicios de salud. El sistema de seguridad social de Nicaragua es la fuente principal de seguro médico del país. Como se ilustra en la Figura 7.19 la cobertura de seguro médico en Nicaragua es baja si se compara con la de El Salvador y Guatemala, especialmente en las áreas rurales.

Figura 7.19: Solamente 9 de cada 100 personas en Nicaragua están protegidas por algún tipo de seguro médico [las estimaciones incluyen todo tipo de seguros, incluyendo a la Seguridad Social].

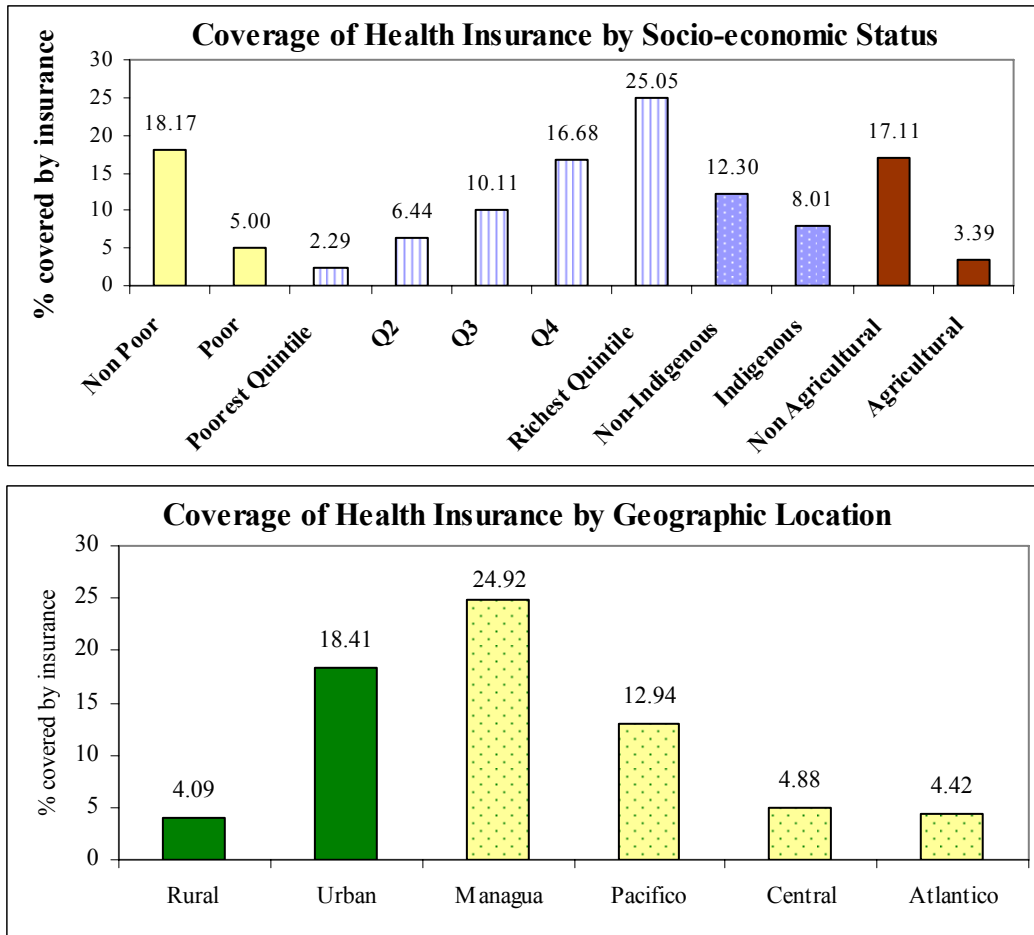


Fuente: Banco Mundial 2006a.

La mayoría de las personas con acceso a seguro médico vive en hogares urbanos no pobres.

El acceso a los seguros está altamente concentrado en las áreas urbanas y en las regiones más ricas. Mientras que 13 y 24 por ciento de la población global que vive en la región del Pacífico y Managua respectivamente tiene acceso a seguro médico, la misma proporción es de sólo 4 por ciento en las regiones del Atlántico y Central (ver Figura 7.20). La situación actual de baja cobertura ilustra que el sistema de seguridad social brinda inadecuada protección financiera, y también provoca una distribución desigual de los servicios de salud en Nicaragua. Los principales factores que impiden ampliar la cobertura de seguridad social en Nicaragua son: (i) no presencia de las instituciones en las áreas rurales donde vive la población vulnerable como los trabajadores golondrinas (o estacionales), los pequeños agricultores y los grupos indígenas; (ii) falta de conocimiento de los beneficios de la seguridad social por parte de los trabajadores con ingresos bajos, así como la imagen negativa que tiene la seguridad social, asociada con altos costos y pocos beneficios; y finalmente (iii) falta de voluntad política para mejorar el sistema y ampliar la cobertura, especialmente en relación al mercado laboral informal. En realidad, sólo 5.22 por ciento de la población pobre (2.5 por ciento en el quintil más pobre y 3.4 por ciento en las áreas rurales) tiene acceso a seguro médico.

Figura 7.20: El acceso al seguro médico se concentra entre la población urbana no pobre que vive en Managua y en la región del Pacífico.

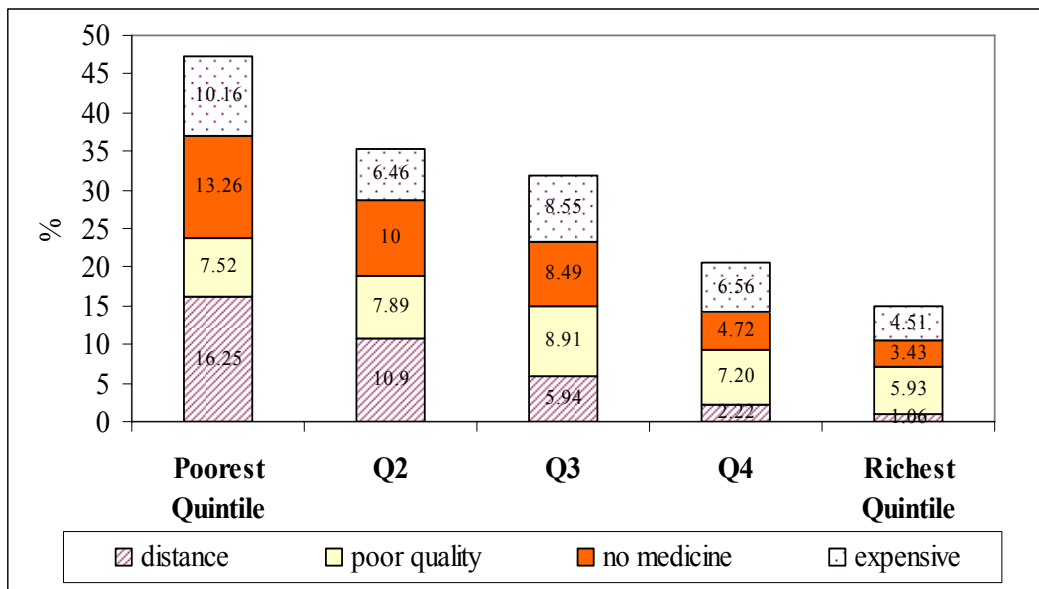


Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

LIMITACIONES

Largas distancias, falta de medicinas, y altos costos son las principales razones por las que las personas pobres no buscan atención médica cuando padecen enfermedades. La Figura 7.21 y la Tabla 7.4 presentan información por quintil de consumo sobre los motivos que hacen que las personas no busquen atención médica cuando están enfermas. Los resultados indican que aproximadamente 51 (80) por ciento de todos los pacientes del quintil más pobre (rico) que no buscaron atención médica cuando la necesitaban es porque consideraban que los síntomas eran moderados o porque se auto medicaron. Es interesante notar que la proporción de auto-medicación es más elevada entre los intervalos de los quintiles más ricos (quizá porque tienen mayor acceso a medicamentos, que generalmente resultan muy caros para los pobres). Aproximadamente 16 por ciento de todos los usuarios del primer quintil no buscaron atención médica cuando la necesitaron porque el punto de atención más cercano estaba demasiado lejos (estas personas probablemente residían en áreas rurales y en las regiones del Atlántico u otras regiones). La proporción equivalente era de 1.0 por ciento entre los usuarios del quintil más rico. Las limitaciones de recursos y la falta de medicamentos, como se puede suponer, son factores más importantes entre la población pobre que entre la no pobre para no utilizar los servicios médicos. En particular, mientras que 10.2 (13.26) por ciento de todos los usuarios no acudieron a atención médica en el quintil más bajo porque los servicios son demasiado caros para ellos (no había medicamentos disponibles), la misma proporción estaba sólo en 4.5 (3.4) por ciento para los usuarios del quintil más alto.

Figura 7.21: Aproximadamente 16 de cada 100 pacientes del quintil más pobre no acuden a atención médica cuando padecen una enfermedad porque el punto de atención más cercano está demasiado lejos para ellos.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Tabla 7.4: De 6 a 8 por ciento no recurren a atención en salud debido a la baja calidad de los servicios brindados.

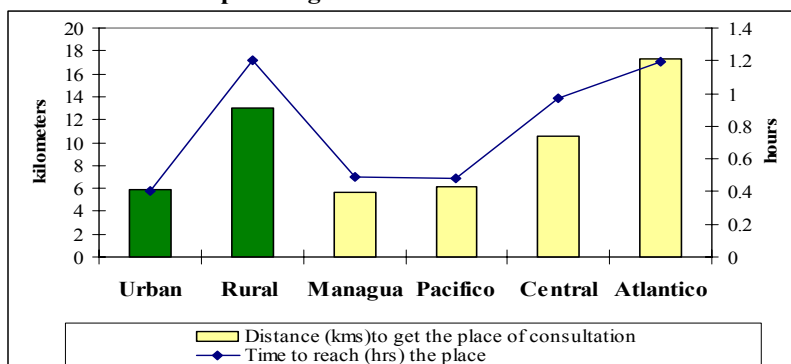
Razones para no buscar atención médica	Diagnóstico moderado %	Distancia %	Pobre calidad del servicio %	No hay medicinas %	Demasiado caro %	Auto-medicación %	Otros %
Quintil más	21.62	16.25	7.52	13.26	10.16	29.17	2.02

pobre							
Q2	26.86	10.9	7.89	10	6.46	35.46	2.43
Q3	28.91	5.94	8.91	8.49	8.55	36.29	2.91
Q4	35.77	2.22	7.20	4.72	6.56	41.38	2.15
Quintil más rico	33.45	1.06	5.93	3.43	4.51	46.89	4.73

Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

La distancia promedio (tiempo) para llegar al punto de atención médica más cercano en la región Atlántica es de 17.4 kms (1.2 horas). Las personas pobres y vulnerables y especialmente aquellas que viven en las áreas rurales de las regiones más pobres tienen menos acceso a los puntos de atención médica. Los usuarios pobres, especialmente los indígenas y aquellos que viven en hogares dedicados a la agricultura, deben viajar en promedio 13 a 14 kms hasta el centro médico más cercano (contra menos de 6 kms entre los no pobres urbanos). El tiempo que tardan los usuarios en llegar al centro médico más cercano sigue la misma lógica: los más pobres y las personas vulnerables tardan hasta 1.3 horas para llegar al centro médico más cercano, contra menos de media hora entre los no pobres urbanos.

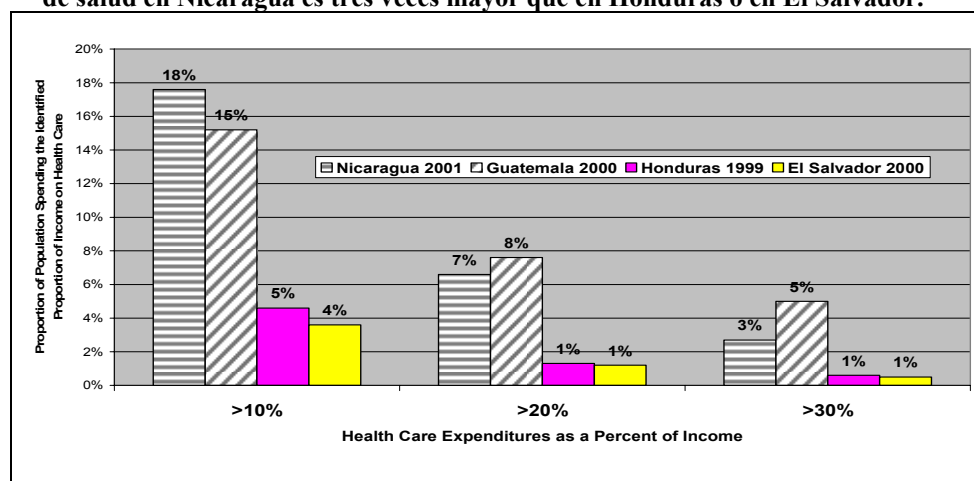
Figura 7.22: Los usuarios de las áreas rurales tardan 3 veces más que los usuarios de las áreas urbanas para llegar al centro médico más cercano.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005.

Aproximadamente 20 por ciento de todas las personas en Nicaragua invierten más de 10 por ciento de sus ingresos en atención de salud. Como se ilustra en la Figura 7.23, Nicaragua tiene la proporción más alta (18 por ciento) de personas que gastan más de 10 por ciento de sus ingresos en atención de salud. Esta proporción es significativamente mayor que la de Honduras y El Salvador (6 y 4 por ciento respectivamente). Según los indicadores de salud de la OPS 2004, aproximadamente 95 por ciento de todos los gastos privados de salud en Nicaragua se pagan con ingresos propios, contra 80 a 85 por ciento en países con ingresos similares como Bolivia, Honduras, Guatemala y El Salvador. En países que tienen sistemas más desarrollados de seguro médico y protección social, como Colombia, Chile y Uruguay, el mismo indicador se sitúa en 50 por ciento por debajo. Todo esto sugiere que es posible que los gastos de salud hechos con ingresos propios en Nicaragua sean una carga mayor para los hogares, comparando con otros países de la región.

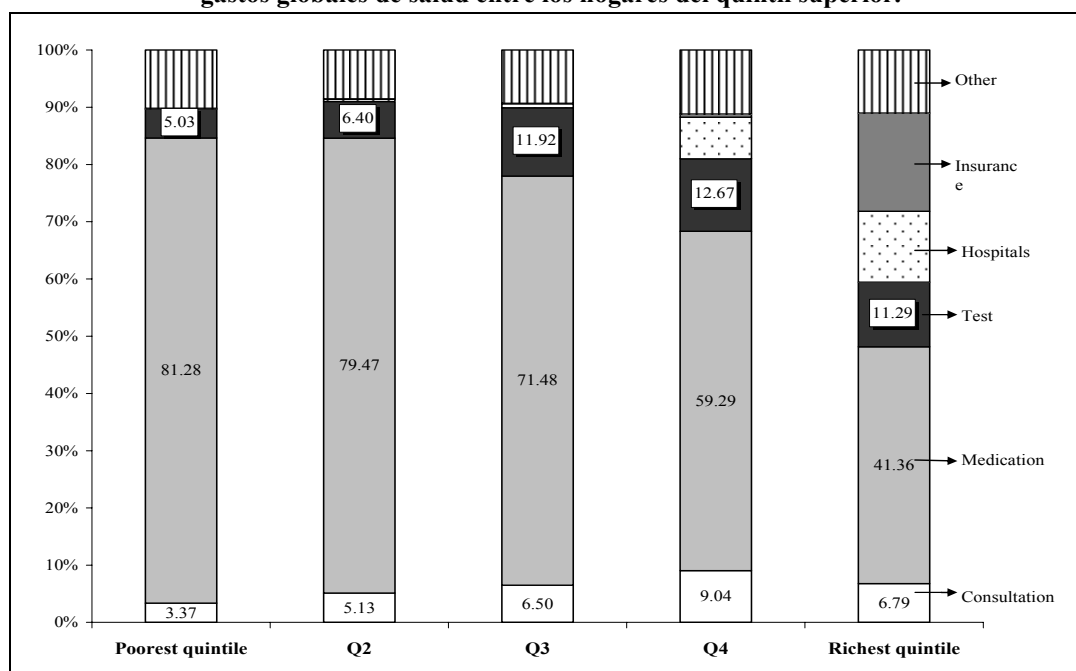
Figura 7.23: La proporción de hogares que gastan más de 10 por ciento de sus ingresos en atención de salud en Nicaragua es tres veces mayor que en Honduras o en El Salvador.



Fuente: Banco Mundial 2006a.

Los medicamentos son el principal gasto de salud pagado directamente por los usuarios, especialmente entre los pobres. La descomposición del promedio mensual per capita de gastos de salud en Nicaragua indican la siguiente distribución de gastos nacionales: gastos de consultas, 7 por ciento del total de gastos mensuales de salud; medicamentos, 55 por ciento (el más alto de todos los gastos); análisis médicos (incluyendo rayos X y otros análisis para diagnóstico), 11 por ciento; hospitalización, 8 por ciento; seguro médico, 8 por ciento; y otros gastos relacionados con atención de salud, 11 por ciento. Aunque los medicamentos son el principal gasto de salud en todos los quintiles, los hogares pobres gastan relativamente más en este ítem (80 por ciento en los quintiles más bajos contra 41 por ciento en el quintil más alto). Las consultas médicas representan una pequeña proporción de los gastos globales de salud en todos los quintiles (entre 3 y 7 por ciento); este resultado no es sorprendente ya que las consultas médicas están fuertemente subsidiadas en Nicaragua. No sorprende entonces que los usuarios de los hogares no pobres gasten más en ítems relacionados con obtención de mejores servicios, como el seguro médico, los análisis, y la hospitalización. Los gastos de seguro son una parte significativa de los gastos globales de salud (aproximadamente 17 por ciento) sólo entre los hogares del quintil más alto.

Figura 7.24: Los gastos de seguro y de hospitalización representan una proporción significativa de los gastos globales de salud entre los hogares del quintil superior.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005. Muestreo: Hogares con gastos positivos de salud.

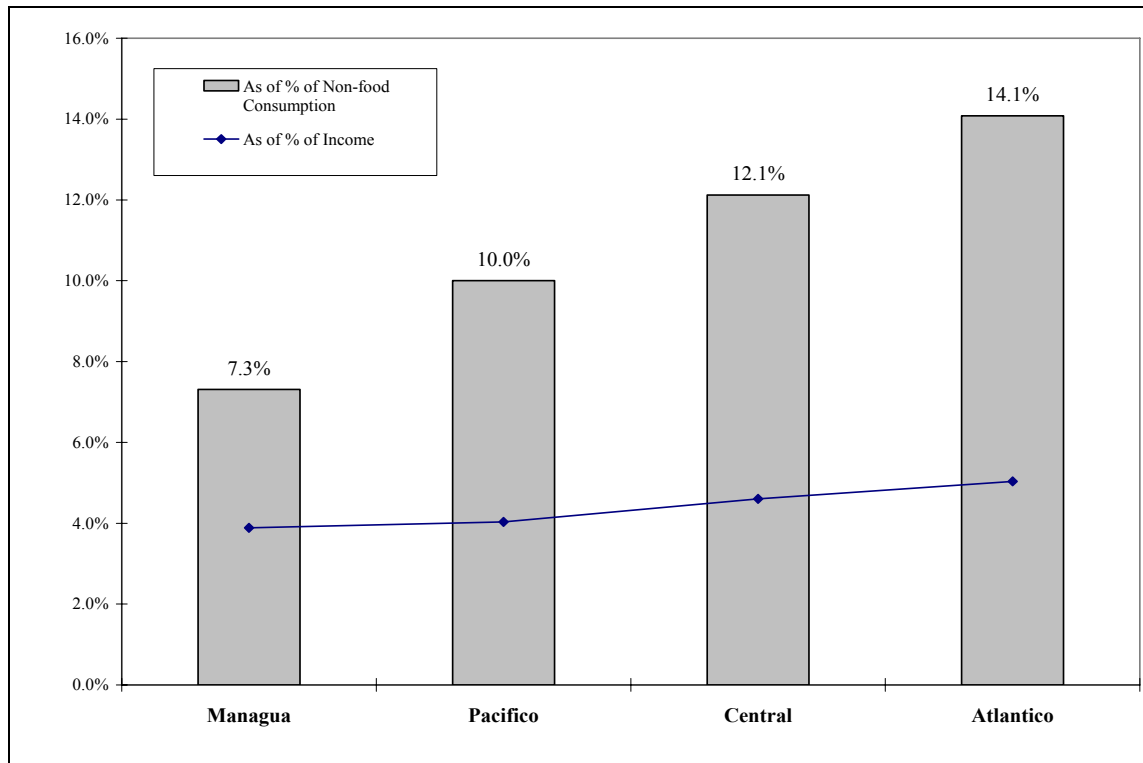
Los gastos de salud representan de 16 a 19 por ciento de los gastos globales de ítems no alimenticios. La Tabla 7.5 presenta estadísticas de gastos de salud como porcentaje del ingreso y de consumo de alimentos (per capita y por mes) entre hogares con gastos positivos de salud. Los resultados sugieren que mientras los hogares ricos gastan más de sus ingresos en salud que los hogares más pobres (10 por ciento en el quintil más alto contra 4 por ciento en el quintil más bajo), la proporción de ítems no alimenticios asignada a salud es más bien similar (19 por ciento en el quintil más alto contra 16 por ciento en el quintil más bajo). Los medicamentos son más caros para los pobres en relación con su gasto en ítems no alimenticios. Los resultados de la Tabla 5 sugieren que mientras 8 por ciento del gasto global en ítems no alimenticios en los hogares del quintil más rico se utiliza para pagar medicamentos, la misma proporción representa 14 por ciento en los hogares del quintil más pobre. Finalmente, la Figura 7.25 indica que los gastos de salud son relativamente más caros en las regiones del Atlántico y Central.

Tabla 7.5: Los medicamentos son más caros para los pobres en relación con su gasto de ítems no alimenticios.

	Quintil más pobre	Q2	Q3	Q4	Quintil más rico
Total gasto en salud					
Como % del total de ingresos	3.8%	4.6%	6.7%	8.2%	10.1%
Como % del total del gasto de ítems no alimenticios	16.06%	15.16%	17.37%	17.84%	19.33%
Medicamentos					
Como % del total de ingresos	3.22%	3.76%	4.97%	5.06%	4.40%
Como % del total del gasto de ítems no alimenticios	13.65%	12.41%	12.81%	10.98%	8.39%

Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005. Muestreo: Hogares con gastos positivos de salud.

Figura 7.25: Los medicamentos son relativamente más caros en las regiones del Atlántico y Central.



Fuente: Los autores, con datos de la encuesta LSMS de Nicaragua 2005. Muestreo: Hogares con gastos positivos de salud.

CONCLUSIONES

El sistema de salud de Nicaragua enfrenta diversos desafíos que deben ser superados para poder mejorar las condiciones de salud de sus habitantes: (i) ineficiencias en la asignación y utilización de los recursos, (ii) bajo nivel de protección financiera, (iii) índices elevados de pagos directos realizados por los pobres, (iv) dificultades de acceso y baja utilización de los servicios de atención médica, y (v) un sector privado sin regulación y limitada capacidad del MINSA para ejercer su rol rector y garantizar estrategias que beneficien a los pobres con un sistema de salud eficiente. Los esfuerzos para enfrentar estos problemas deberían hacerse dentro de un marco de igualdad, ya que los pobres y la población indígena no han recibido los beneficios de los avances en los resultados de salud como lo ha hecho el resto de la población. Aún en lo relativo a la inmunización y los servicios de salud reproductiva, que son gratuitos, hay diferencias en la utilización entre los hogares pobres y ricos. Las actuales disparidades sanitarias en Nicaragua se acrecentarán, a menos que se tomen medidas para cubrir las necesidades de los sectores menos beneficiados y más vulnerables de la población. El acceso, la utilización, y el financiamiento de los servicios básicos de salud deberían estar claramente identificados como un objetivo principal de las políticas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza.

Nicaragua no tiene probabilidades de alcanzar sus metas nacionales en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente en cuanto a mortalidad materna e infantil, y malnutrición infantil. La tendencia a la mejora de los indicadores de salud se está desacelerando a medida que los logros “fáciles” han sido alcanzados y superados. Alcanzar las metas de mortalidad infantil y de menores de 5 años requerirá mayor atención y recursos, para lograr reducir la mortalidad neonatal y poner en pie un Modelo de Atención Integral de Salud (*MAIS*). Dado que las medidas más eficaces para la reducción de la mortalidad neonatal también son eficaces para la reducción de la mortalidad materna, brindar el paquete de servicios integrales de atención médica con un enfoque multisectorial será doblemente beneficioso. Particularmente, las estrategias de atención materno-infantil deberían tomar en cuenta:

- Promocionar los servicios de atención preventiva materno-infantil, enfocados en visitas prenatales más tempranas (primer trimestre) y más frecuentes (por lo menos cinco), así como una cobertura mayor de cuidados post parto.
- Aumentar el número de nacimientos en centros de atención médica, ya que la proporción de mujeres que dan a luz en las instituciones médicas es todavía baja entre las mujeres pobres y de las áreas rurales (y especialmente baja en la región del Atlántico). Esto requerirá dar pasos tanto por parte de los beneficiarios como de los proveedores de servicios. La estrategia de Nicaragua consistente en crear Casas Maternas ha tenido resultados prometedores y parece ser una intervención positiva y en crecimiento.
- Prevenir las discontinuidades de la cobertura de inmunización en el CA4, particularmente en las últimas dosis de la vacuna DPT y contra el sarampión. Será importante hacer más investigación para identificar los factores que explican la discontinuidad de la inmunización.
- Integrar intervenciones claves dentro de los paquetes de atención básica administrados y financiados por el Ministerio de Salud (MINSA). Hasta la fecha, la mayoría de esas intervenciones claves de salud han sido apoyadas parcialmente por donantes, por ejemplo los servicios de planificación familiar. Es fundamental que Nicaragua integre estas intervenciones dentro del presupuesto del MINSA, para garantizar su sostenibilidad.

Además, Nicaragua podría mejorar los resultados de salud entre los pobres superando las ineficiencias indicadas en el actual gasto de salud:

- Asignando a la salud ingresos fiscales y otros recursos Nicaragua debería poder alejarse de la histórica subvención presupuestaria e ir hacia un sistema fundado en las necesidades de salud, especialmente las de las poblaciones vulnerables, y evitar concentrar recursos en Managua y en otras regiones que tienen más recursos económicos. Se deben dirigir más recursos hacia la atención primaria, la prevención, y la promoción de las intervenciones sanitarias. En Nicaragua, las asignaciones presupuestarias enfocadas localmente y basadas en resultados deberían ser fortalecidas para revertir el proceso de asignación que favorece a las áreas metropolitanas y la atención hospitalaria.
- El país también debería dejar atrás el sistema de asignación de recursos humanos basado en patrones históricos. Esto ha contribuido a que haya pocos trabajadores de la salud en las áreas pobres rurales y urbanas. Mientras que Nicaragua despliega trabajadores sociales basándose en la evaluación que hace cada región sobre sus riesgos y necesidades de salud, todavía no ha extendido esta práctica a los trabajadores de la salud. Como sucede en otros países de la región, la redistribución del personal de salud a través de una agencia central que tome en cuenta el criterio de las necesidades de salud, ha dado algunos resultados prometedores.
- Una excesiva confianza en los médicos es otra fuente importante de ineficiencia y de desequilibrios en la utilización de los recursos humanos. La actual escasez de enfermeras debe resolverse a través de mayor contratación de enfermeras y personal para-médico, especialmente para los servicios de salud primaria, revisando el actual sistema de la enseñanza de la medicina, que pone el énfasis en la formación de médicos y le da menos importancia a las enfermeras; esto se puede lograr asignando incentivos a los que ingresan a la profesión de enfermería, y aumentando los salarios de la profesión, que a menudo resultan ser menos de la mitad del salario de los médicos.

Dado que un elevado porcentaje de la población de Nicaragua sigue sin ninguna cobertura de seguro médico, las familias pobres son vulnerables a las crisis de salud, que las conducen a mayor pobreza. Aun los pobres, que tradicionalmente son vistos como la población meta de las acciones financiadas por el gobierno, optan por pagar por sí mismos una proporción sustancial de sus gastos totales de consultas médicas, servicios diagnósticos, y medicamentos. Los gastos pagados directamente por el usuario (OOP, siglas en inglés para “out-of-pocket”) representan un porcentaje elevado del ingreso de los pobres. Reducir estos pagos directos del usuario pobre es una prioridad y requiere más que una intervención en términos de provisión. La estrategia a favor de los pobres debería aumentar el acceso a los servicios de atención médica, particularmente en las áreas pobres rurales y alejadas que no tienen acceso a la utilización de los centros de atención médica. El alto costo del transporte y la falta de medicamentos son factores importantes para explicar que las personas pobres no recurran a atención médica cuando padecen una enfermedad. En este contexto, el INSS tiene que jugar un papel clave para aumentar la equidad de los servicios de salud. Actualmente, los subsidios gubernamentales destinados a la protección social parecen beneficiar a los sectores más bien ricos.

Darle respuesta a todos los problemas requerirá realizar acciones coordinadas tanto en base a la demanda como a la oferta. Se necesitan medidas para aumentar la provisión de servicios de atención médica, particularmente entre los pobres y la población no atendida. Los modelos alternativos de provisión de servicios para mejorar el acceso de los grupos más vulnerables de la población podrían ser financiados y regulados por el gobierno. Estas modalidades pueden incluir diferentes opciones con diferentes ventajas comparativas como: sub-contratación de servicios a organizaciones no gubernamentales, fortaleciendo los centros de atención del MINSA, incluyendo una gestión flexible de los recursos humanos, desplegando equipos móviles del MINSA, e implementando modelos de gestión comunitarios descentralizados. Nicaragua tendrá que diseñar su propia estrategia para reforzar y mejorar los servicios de provisión y acceso a la

salud y la nutrición en las áreas más remotas y pobres, basándose en experiencias exitosas. Las experiencias de PROCOSAM, las Casas Maternas, y las contrataciones de ONG para los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, son valiosas. Las estrategias para aumentar la demanda de servicios también pueden implementarse para ayudar a alcanzar los objetivos del Plan Nacional de Salud. Por ejemplo, las transferencias condicionadas de efectivo (CCT, siglas en inglés) podrían implementarse para superar algunas barreras financieras y culturales que impiden el acceso completo a los servicios, como parte de la estrategia de extensión de la cobertura de servicios. Los actuales CCT podrían utilizarse como una herramienta complementaria destinada a los subsidios públicos para los grupos más vulnerables de la población y como una oportunidad de mejorar simultáneamente el acceso a la nutrición y a los servicios primarios de salud. Esta intervención también requiere una apropiada estrategia de salida y componentes efectivos de salud y asesoría nutricional, que promueven comportamientos saludables de largo plazo.

Dado que los conceptos de cobertura universal, de servicio gratuito, y de intervenciones prioritarias de atención médica no necesariamente son afines la actual asignación de recursos públicos y resultados de salud, para un mejor desempeño del sistema es esencial introducir la dimensión de equidad en la salud. Nicaragua enfrenta el desafío político y organizacional de mejorar la efectividad de una estrategia a favor de los pobres que cubra sus necesidades y sus resultados de salud. Esto requiere una cobertura selectiva y efectiva destinada a los pobres, que incluya: promoción de sistemas de rendición social de cuentas, calidad técnica, mejora organizacional; disponibilidad de trabajadores de la salud capacitados y disponibilidad de medicamentos; coordinación multisectorial para aumentar los resultados de salud y nutrición; destinar inversiones a las áreas menos favorecidas; aumentar el alcance de las principales intervenciones; fortalecer las alianzas privado-público para llegar hasta las áreas más alejadas; mejorar la administración de medicamentos; enfocar el gasto gubernamental de salud en los servicios más importantes; y brindar incentivos al sector privado para que invierta y complemente servicios adicionales.

BIBLIOGRAFÍA

Asling-Monemi, Kajsa; Peña, Rodolfo; Ellsberg, Carroll Mary; Persson, Ake Lars. *Violence Against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: a Case-Referent Study in Nicaragua*, 2003, Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

FESAL (Encuesta Nacional De Salud Familiar): Encuesta Nacional de El Salvador sobre Salud Familiar, 98/99 y 2002/3. [Www.Fesal.Org.Sv](http://www.fesal.org.sv)

OPS, 2002a. Estudio Delphi: problemas presentes y futuros de los recursos humanos en salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

OPS, 2002b. La salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 587. Volumen II. Washington DC.

Banco Mundial, 2005a. *Guatemala Public Expenditure Review. Latin America and the Caribbean Region*. Washington DC.

Banco Mundial, 2005b. *Nicaragua Health Services Extension and Modernization* (2nd apl).

- Banco Mundial, 2005b. *Project Appraisal Document to the Republic of Honduras for a Nutrition and Social Protection Project. Project Appraisal Document*, informe número 31740-NI, Washington DC. Marzo.
- Banco Mundial, 2005c. *El Salvador, Poverty Assessment. Latin America and the Caribbean Region*. Washington DC.
- Banco Mundial, 2005d. *El Salvador, Social Protection Project, Project Appraisal Document*. Informe No.32648-SV, 26 de septiembre.
- Banco Mundial, 2006. *Project Appraisal Document on Guatemala*.
- Banco Mundial, 2006a. *Key Issues in Central America Health Reforms: Diagnosis and Strategic Implications*, Volumen II. Washington DC.
- Indicadores Mundiales de Desarrollo, 2006, Banco Mundial, Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Indicadores fundamentales. Ginebra.
http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud 2004. *The World Medicines Situation*. Ginebra, Swiza.
http://w3.who.sea.org/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf
- Organización Mundial de la Salud, 2006. Ginebra.