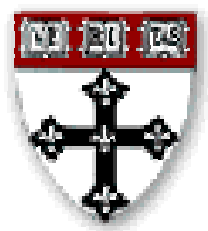


# ESTUDIOS DE DESCENTRALIZACION DEL SISTEMA DE SALUD EN NICARAGUA:

## INFORME FINAL

Thomas Bossert, Ph.D.  
Diana Bowser, M.P.H.  
Leonor Corea, M.P.H.

septiembre 2001



Facultad de Salud Publica de Harvard



## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen Ejecutivo.....	4
Recomendaciones.....	8
Lista de Siglas.....	10
Reconocimientos.....	12
Antecedentes.....	14
Estudios Actuales.....	18
Estudio Cuantitativo.....	18
Metodología.....	18
Hallazgos.....	20
Análisis e Implicaciones para Políticas de Salud.....	30
Estudio Cualitativo.....	34
Objetivo.....	34
Metodología.....	34
Hallazgos.....	35
Discusión.....	50
Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	56
Anexo A.....	58
Anexo B.....	59
Anexo C.....	60
Anexo D.....	85
Annex E.....	88



## Resumen Ejecutivo

No existen modelos ideales de descentralización. Cada país tiene que desarrollar su propio enfoque para que los objetivos de equidad, eficiencia, calidad y viabilidad financiera se puedan lograr. Este estudio de la Facultad de Salud Pública de Harvard sobre la descentralización de los servicios de salud en Nicaragua muestra algunos logros positivos y algunos problemas negativos que existen en el sistema de salud actual. El estudio también demuestra algunos potenciales para mejorar el sistema de salud por medio de procedimientos seleccionados como las “fórmulas basadas en necesidades” y por la expansión de algunas opciones locales (“espacio de decisión”) en el ámbito de los SILAIS y los municipios.

El estudio primero definió los “espacios de decisión” o el rango de opciones de decisión sobre funciones claves, que se le permite actualmente a los funcionarios de los SILAIS. Después, datos cuantitativos de financiamiento, gastos, utilización de los servicios y cobertura, y mortalidad infantil fueron recolectados a nivel de los municipios y los SILAIS. Finalmente, se realizó un estudio cualitativo en los 8 SILAIS y 10 municipios, en el cual se implementaron cuestionarios para los Directores y Equipos de Dirección de los SILAIS, establecimientos municipales y alcaldes.

El estudio del mapa del espacio de decisión actual del rango de opciones a nivel de los SILAIS sugiere que estos funcionarios tienen capacidad moderada de decisión sobre las áreas de: i) gastos financiados por el gobierno central; ii) sobre los ingresos propios; y iii) sobre cobros efectuados en establecimientos locales. También tienen capacidad de decisión moderada sobre la asignación y transferencia de los recursos humanos y sobre la participación comunitaria. Otros países descentralizados en Latinoamérica han tenido rangos de decisión más amplios, lo que sugiere que en Nicaragua podría ser ampliado – especialmente para funciones financieras – sin correr el riesgo de ceder demasiado control a los niveles locales.

Los datos cuantitativos demuestran que Nicaragua tiene un gasto per cápita en salud relativamente bajo (\$15) para un país de bajo ingreso, con un sector privado pequeño. Existen argumentos que apoyan un incremento del presupuesto nacional para salud, si éstos son considerados como una prioridad nacional vital.

También existen inequidades en la asignación de recursos para servicios ambulatorios, primarios, de primer nivel entre los SILAIS. El rango de esta diferencia alcanza hasta cuatro veces, y si excluimos al RAAN y el RAAS, los cuales son casos especiales de baja densidad poblacional y prioridad gubernamental, el rango de la diferencia sigue siendo de dos veces. Inequidades similares se ven en asignaciones a hospitales y asignaciones a las Sedes de los SILAIS.

Es muy probable que las asignaciones para atención primaria de primer nivel estén relacionadas estrechamente con el tamaño de la población, porque en Nicaragua las diferencias en los factores demográficos, incidencia de enfermedad y los socio-económicos entre las poblaciones de los SILAIS probablemente no tendrían mayor

impacto sobre las necesidades para establecimientos de atención primaria. Sin embargo, estas inequidades podrían ser reducidas por una “fórmula basada en la necesidad” que tendría el tamaño poblacional como factor principal, y los demás factores poblacionales podrían ser ponderados. Las asignaciones hospitalarias son más complejas porque los hospitales tradicionalmente sirven a poblaciones que difieren de los que rodean los SILAIS y además ofrecen diferentes niveles y tipos de atención. Las inequidades en las asignaciones hospitalarias deberán ser efectuadas utilizando una fórmula de otro tipo que toma en cuenta estas diferencias. Las diferencias en gasto de las Sedes también deberían ser estudiadas caso por caso, para ver si éstos son justificados por las diferentes actividades o necesidades.

De interés especial es el bajo y decreciente nivel de recolección de “fondos propios.” Este fenómeno se puede explicar parcialmente por la política general de prohibir la recolección de cobros obligatorios, lo que hace que la mayoría de establecimientos recolecten “donaciones voluntarias” y no son promovidas a expandir este tipo de movilización de recursos adicionales. También, es el resultado de un procedimiento de “caja única” que requiere que todos los fondos recolectados de esta manera sean depositados en una cuenta central y solo sean devueltos al establecimiento después de que hayan sido aprobados los gastos por las autoridades superiores. Es probable que mayores ingresos podrían ser generados si se emitiera una política nacional que diera lineamientos sobre un rango de cobros posibles y si los fondos recolectados fueran depositados en cuentas locales y utilizadas sin aprobación previa. Preocupaciones sobre cobros como barreras al acceso podrían disminuirse por medio de una política nacional clara con precios módicos y razonables para servicios básicos y sobre una prueba sencilla para determinar la capacidad de pago de cobros más altos.

Otra preocupación importante surgió con respecto al hallazgo de fondos externos, los cuales son fondos provenientes de donantes que fluyen por presupuestos locales de salud, sino que estaban exagerando las inequidades existentes. Esto sugiere que se necesitan otros procedimientos para la asignación de fondos externos. La asignación de fondos externos debería apoyar las asignaciones basadas en necesidades utilizando la misma fórmula o por el uso de éstos para incrementar el financiamiento en SILAIS que tienen un bajo gasto per cápita.

Existe evidencia que demuestra que, permitiendo la decisión local a nivel de los SILAIS, por lo menos no han exagerado las desigualdades e ineficiencias y puede haber contribuido al mejoramiento de la equidad y la eficiencia. Encontramos que los SILAIS con mayor control sobre sus presupuestos tenían mejores probabilidades de tener asignaciones más equitativas entre los establecimientos municipales dentro de su área de influencia, y tuvieron una capacidad mayor de cubrir la población objetivo con el programa de inmunizaciones, relativo al financiamiento per cápita. Esta evidencia también señala el impacto positivo potencial que puede tener el incremento del “espacio de decisión” local sobre gastos.

La encuesta cualitativa documentó unas áreas de gran preocupación. Existe evidencia de una rotación significativa de personal, especialmente entre los directores de hospital y de

establecimientos municipales. El hallazgo sorprendente, sin embargo, fue que los Directores de SILAIS y sus Equipos de Dirección (las personas que están dependientes de ellos) eran relativamente estables. Este hallazgo sugiere que el problema de rotación, por lo menos para las plazas directivas, puede ser específico a directores hospitalarios y municipales y no es un fenómeno generalizado. Esto sugiere que una política orientada a que los directores permanezcan en sus puestos por lo menos 3 años, podría reducir el problema. Esta política podría ser apoyada por medio del desarrollo de procedimientos de contratos internos con los directores, o por una política general de recursos humanos exigida por el Ministro de Salud.

La encuesta también encontró muy poca capacitación formal en áreas importantes de financiamiento y administración en los Equipos de Dirección. Los administradores sí tenían capacitación en estas áreas, pero los Directores, Sub.-directores, Planificadores y Enfermeras Jefes, no lo tenían. Si las responsabilidades adicionales son asignadas a estos equipos, deberán mejorar su capacidad en gerencia financiera, de recursos humanos y administración en general. Es claro, sin embargo, que la capacitación deberá acompañar el proceso de la expansión del espacio de decisión en estas áreas y no deberá esperarse hasta que la capacidad esté presente para ampliar el poder de decisión. Se cree que programas de capacitación de un modelo ejecutivo serían lo más apropiado para los Equipos de Dirección.

En nuestro análisis de los municipios (alcaldías) encontramos que éstos tenían alguna experiencia en el manejo de sus propios recursos, que los consejos y las juntas proporcionaban una manera de participación comunitaria más extensa que los SILAIS, y que los municipios estaban interesados en tener un papel más amplio en la entrega de servicios de salud, y actividades de prevención y promoción. En nuestra revisión de los recursos disponibles para los municipios, encontramos que el ingreso per cápita promedio municipal era casi un tercio más grande que el promedio per cápita asignado a salud. Esta comparación general sugiere que algunos municipios probablemente tienen suficientes recursos y experiencia en el manejo de esos recursos para poder asumir responsabilidades adicionales en atención a la salud. Esto significa una “devolución” de responsabilidades a las alcaldías con un “espacio de decisión” específico para las diferentes funciones. A cambio de estas nuevas responsabilidades, se espera que los municipios asignen sus propios fondos a salud. Es probable que municipios con mayores recursos puedan financiar actividades en salud, de manera que una política de devolución podría solo involucrar a los 51 municipios que tienen ingresos per cápita mayores al promedio.



## Recomendaciones

**Existen argumentos a favor de la ampliación del “espacio de decisión” para los niveles de SILAIS y municipios en el sistema de salud. El control incrementado sobre fuentes de presupuesto, tarifas y gastos deberían ser considerados en políticas futuras de descentralización.** Encontramos alguna evidencia que indica que los SILAIS con más controles sobre sus presupuestos tienen la tendencia de asignar sus recursos con mayor equidad, sugiriendo que el hecho de incrementar **la decisión local pueda mejorar la equidad.** También encontramos que niveles más altos de presupuestos descentralizados están relacionados con coberturas más altas de vacunación, sugiriendo que el **control local podría mejorar la eficiencia de programas prioritarios.**

**El gasto per cápita bajo que existe en salud pública en Nicaragua y el hecho que municipios con gastos más altos tienen tasas más altas de utilización de servicios sugiere que el financiamiento del sector público de salud podría incrementarse y a la vez, la utilización de servicios también podría incrementarse.**

**Nicaragua debería considerar la aplicación de una “fórmula basada en necesidades” para la asignación de recursos a los SILAIS, para mejorar la equidad de los recursos entre éstos. Una fórmula similar podría ser diseñada para asignar los recursos a los hospitales y las Sedes de los SILAIS.**

**Los fondos externos podrían ser reasignados para que compensaran las inequidades en las asignaciones actuales, en vez de ampliar estas inequidades. Podrían ser utilizadas para incrementar el financiamiento en los SILAIS con bajo gasto per cápita., para que el proceso de implementación de la fórmula no requiera reducciones del presupuesto nacional a los SILAIS con altos gastos per cápita.**

**Fondos propios, los fondos recolectados a nivel local y donaciones, deberían ser promovidos por una política nacional que permite el cobro de un rango de precios para servicios y una prueba para determinar capacidad de pago para aquellos que puedan pagar. Sería aconsejable también, reemplazar el sistema de “caja única”, permitiendo que los fondos locales se puedan depositar y utilizar localmente, sin aprobación previa.**

**Un programa de capacitación ejecutiva en las áreas de finanzas y administración debería ser desarrollado para los Equipos de Dirección con el propósito de mejorar la capacidad local en la toma de decisiones financieras, el manejo de recursos humanos y para la administración general.**

**Se debe implementar una política nacional que requiere que los Directores de hospital y de establecimientos municipales permanezcan en sus puestos por un periodo de por lo menos tres años. Un procedimiento de contratación interno podría ser utilizado para viabilizar esta política.**



**Nicaragua debería considerar la devolución de algunas responsabilidades en salud a algunos municipios con mayores recursos – aquellos con ingresos per cápita mayores al promedio.**

## **Lista de Siglas**

CIPS-Centro de Insumos para la Salud  
CURIM-Comité de Uso Racional de Insumos Médicos  
ENDESA-Encuesta Demográfica de Salud  
ESPH-Escuela de Salud Pública de Harvard  
INIFOM-Instituto Nicaraguense de Fomento Municipal  
MINSA-Ministerio de Salud  
PMSS-Proyecto de Modernización del Sector Salud  
POA-Plan Operativo Anual  
SILAIS-Sistemas Locales de Atención en Salud  
TMI-Tasa de Mortalidad Infantil



## **Reconocimientos**

**Este proyecto ha recibido apoyo y asistencia extraordinaria del MINSA; USAID/Managua, otros donantes y el equipo de consultores ALVA S.A. Agradecemos en particular a la Lic. Ana María Cerulli, Lic. Sergio Machado, Lic. Fátima Gadea del MINSA central, quienes mostraron un gran interés en el proyecto y nos apoyaron y facilitaron la ejecución de los estudios. También reconocemos la apertura y franqueza de muchos funcionarios de salud que fueron entrevistados en los SILAIS, los municipios y hospitales. Además, damos las gracias a los alcaldes por su tiempo y sus observaciones en las entrevistas que nos brindaron. Kathleen McDonald, Maria Alejandra Bosche y Alonzo Wind, de USAID/Managua, a pesar de sus múltiples responsabilidades, nos dieron apoyo decidido, no solamente con sus fondos pero también con su participación y sugerencias que fueron muy valiosos en el diseño e implementación de este estudio. Lic. Luis Bolaños y su equipo del Proyecto de Modernización del Sector Salud (PMSS), la Dra. Aurora Soto de PROSILAIS, y el Dr. Barry Smith y su equipo en PROSALUD también dieron apoyo, comentarios valiosos e ideas que mejoraron nuestro entendimiento del proceso de descentralización y contribuyeron directamente al diseño y análisis de los estudios. Todo del equipo de IHSG quienes ayudaron con todo de este proceso, especialmente Joseph Sevilla quien nos asistió bastante con el análisis. También queremos darles las gracias a los miembros de la empresa ALVA S.A., que nos asistieron en la recolección de los datos, las encuestas, la organización de seminarios y en la preparación de informes.**

**Este proyecto fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, bajo del proyecto de ARCH, Acuerdo de Cooperación No. HRN-A-00-96-90010-00. Los puntos de vista expresados aquí pertenecen al autor y no representan necesariamente las políticas del USAID.**



## Antecedentes

El proceso actual de descentralización en Nicaragua se inició con la creación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) en 1990. Los SILAIS son relativamente congruentes a nivel de departamento de la administración general del gobierno y similar a distritos en otros países. En las definiciones de administración pública en descentralización, Nicaragua ha efectuado la “desconcentración” de algunas responsabilidades y autoridad a las oficinas del Ministerio de Salud en las oficinas de los SILAIS actuales. El gobierno también está discutiendo las posibilidades de efectuar una “devolución” de poderes a los gobiernos municipales en el futuro, pero no ha iniciado este proceso en una manera significativa.

Descentralización puede ser definida en los términos del “espacio de decisión” que es disponible para los que toman decisiones a nivel local. Este concepto ha sido desarrollado por la Escuela de Salud Pública de Harvard y se ha utilizado en muchos estudios y programas de capacitación. El concepto define descentralización en términos de el rango de opciones de decisión (desde estrecho hasta amplio) de una serie de funciones claves (finanzas, entrega de servicios, desarrollo humano, selección de poblaciones prioritarias y dirección.

Utilizando la definición de “espacio de decisión” de descentralización, el proceso de descentralización en Nicaragua ha efectuado un incremento leve de control local sobre presupuestos, organización de servicios, desarrollo humano y dirección. La tabla a continuación muestra el rango de opciones que parecen ser disponibles a nivel de los SILAIS, en comparación con otros países. Este gráfico representa una valoración por los autores basado en una revisión de reglamentos, discusiones con funcionarios claves y ejercicios en el uso del concepto de análisis de “espacio de decisión” utilizada en un seminario sobre descentralización efectuado en la ciudad de León en Mayo de 2001.

Mapa 1. "Espacio de Decisión" a nivel de los SILAIS en Nicaragua 1999-2001

Funciones	Rango de Opciones de Decisión		
	Estrecho	Moderado	Amplio
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de ingreso	X		
Gastos		X	
Ingreso por cobros		X	
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía del Hospital	X		
Pólizas de Seguros	X		
Mecanismos de pagos a Instituciones	X		
Programas exigidos y normas	X		
Contratos con proveedores privados		X	
Programas Verticales, suministros y Logística	X		
<b>Recursos Humanos</b>			
Salarios	X		
Personal por contrato		X	
Funcionarios Públicos		X	
<b>Reglas de Acceso</b>			
Grupos a atender	X		
<b>Reglas de Dirección</b>			
Rendición de cuentas Locales	X		
Consejos de establecimientos		X	
Oficinas de Salud	X		
Participación comunitaria		X	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>0</b>

### Finanzas

El espacio de decisión sobre fuentes de ingreso a nivel de los SILAIS es estrecho. Sin embargo, existe cierto rango de decisión sobre el uso de los ingresos obtenidos de fuentes locales. Estas fuentes deben ser enviadas a la "caja única" y su uso será justificado a las

autoridades superiores. Sin embargo, estos fondos se deberán regresar a la fuente que los recauda y no existen reglas claras para su uso.

Las decisiones del SILAIS sobre gastos son moderadas. Están limitados a ciertas líneas presupuestarias, las cuales incluyen algunos ítems de presupuesto bajo el rubro de “Servicios No-Personales” y “Materiales y Suministros.” Estos ítems incluyen viáticos, limpieza, mantenimiento y reparación de edificios y transporte, estudios y “otros servicios profesionales”, publicaciones y publicidad, alimentación y bebidas, textiles, papel, suministros para arte gráfica, libros y revistas, llantas, suministros de oficina, y suministros de mantenimiento. Significativamente, las autoridades del MINSA Central retiene el control sobre gastos de teléfono, agua, electricidad y gasolina al igual que medicinas. Mucho del financiamiento descentralizado es controlado adicionalmente por normas y estándares tales como para viáticos que son autorizados para cada día en el campo. Los Directores de los SILAIS tienen autorización de intercambiar gastos dentro y entre las sub-unidades de los ítems presupuestarios descentralizados. En otros estudios, estos ítems presupuestarios fueron estimados siendo en promedio no más de 8%. Sin embargo, los Directores también tienen alguna autorización sobre la asignación de recursos entre los municipios en su jurisdicción. Por lo tanto, calificamos el rango de decisión como moderada.

#### Organización de Servicios

Los Hospitales están oficialmente bajo la autoridad de los SILAIS. Sin embargo, éstos normalmente responden más directamente a las autoridades centrales del MINSA. Los presupuestos hospitalarios son determinados y monitoreados por el MINSA, quien decide el nivel de autonomía que se le dará al hospital. Por lo tanto, a nivel de los SILAIS, no existe ninguna potestad de decisión sobre la asignación de fondos adicionales a los Directores de hospital.

Los SILAIS no crean sus propios planes de seguros, ni tampoco determinan los mecanismos de pago para los proveedores dentro del SILAIS. Todas las normas y estándares del MINSA son aplicados a todos los SILAIS, casi sin ninguna opción a nivel local. Los sistemas de suministro y logística son altamente centralizados, al igual que los programas prioritarios tales como vacunaciones, VIH/SIDA, y control de TB, con alguna participación local en programas prioritarios, pero con poder de decisión local muy limitada.

El SILAIS, sin embargo, tienen poder de decisión moderada sobre la contratación de servicios privados tales como mantenimiento, laboratorios, etc.

#### Recursos Humanos

Los SILAIS tienen poco poder de decisión sobre los niveles salariales para el personal permanente. Sin embargo, tienen autorización para reclutar y pueden efectuar transferencias y despedir al personal por causa justificada. Utilizando sus propios



ingresos pueden contratar personal no-permanente. Comparado con otros países más descentralizados, Nicaragua tiene más control sobre la selección de su personal.

#### Poblaciones de ayuda prioritaria

La decisión sobre quien tiene acceso a los servicios es limitada, por políticas centrales que exigen un acceso universal. Las autoridades locales también son requeridas para vigilar a las directivas del MINSA sobre asuntos relacionados con las poblaciones prioritarias.

#### Reglas de Dirección

Los SILAIS tienen que rendir cuentas al MINSA y no a las autoridades locales elegidas, como es dentro de un sistema “devolucionario.” La composición de las oficinas de los SILAIS es determinada por el MINSA.

Durante una época, hubo gran presión del MINSA hacia los SILAIS para que crearan unas Juntas de Salud que tuvieran cierta autoridad y rendición de cuentas a nivel local. Sin embargo, ahora estas instancias de participación comunitaria se han dejado a la iniciativa de los Directores de los SILAIS – dándoles un rango moderado de poder de decisión. También parece ser que los Directores de hospital y Directores de establecimientos municipales tienen algún poder de decisión sobre las formas de participación comunitaria.

En conclusión los SILAIS tienen poco poder de decisión.

En general, Nicaragua tiene un rango de decisión limitado – con solo 7 funciones en el rango moderado, ninguno en el rango amplio y diez funciones en el rango estrecho. Estudios similares en Bolivia, Chile y Colombia demuestran un rango mayor de poder de decisión. (Ver Anexo A) Nicaragua está más descentralizado que muchos sistemas centralizados, pero podría ampliar el espacio de decisión, especialmente para funciones financieras y todavía estar en gamas que han sido experimentadas en otros países centralizados.

## **Estudios Actuales**

A solicitud del MINSA, y con el apoyo de USAID, la Escuela de Salud Pública de Harvard (ESPH) ha implementado dos estudios de la situación actual de la descentralización en Nicaragua. El primero es un estudio cuantitativo de datos comparativos sobre finanzas, utilización, y estatus de salud en los SILAIS y municipios durante 1999 y 2000. Los datos de este análisis demuestran inequidades actuales en los niveles de financiamiento, y las diferencias en asignación de fondos por las decisiones centrales y descentralizadas. También demuestran la relación de gastos a ingresos, utilización, y características de estatus de salud de los SILAIS y los municipios. El segundo es un estudio cualitativo basado en entrevistas en los SILAIS y municipios en 8 SILAIS, 12 municipios y 10 hospitales. Este estudio cualitativo demuestra algunos hallazgos sobre recursos humanos, percepciones de áreas de decisión local y percepciones de intervención central en la gestión local. Los hallazgos de estos dos estudios se presentan por separado a continuación en este informe.

### **Estudio Cuantitativo**

El objetivo de este estudio fue de valorar la asignación de los recursos, el impacto de la decisión local sobre los presupuestos, y la relación de decisiones de financiamiento con características locales de riqueza, utilización y estatus de salud. El estudio se enfoca en la equidad y efectividad del sistema actual.

### **Metodología**

Los datos de gastos ambulatorios fueron analizados a nivel de los municipios. (Ver Anexo D para una descripción detallada de las variables) Los cuatro ítems principales de presupuestos de atención primaria<sup>1</sup> fueron: Servicios personales, Servicios No-Personales, Materiales y Suministros, y Transferencias Corrientes fueron sumadas para crear la variable llamada “Gasto Total Ambulatorio”. Servicios No-Personales y Materiales y Suministros fueron desglosados a ítems centralizados y descentralizados, tal como se demuestra en el Anexo C, Tabla 1. Los datos municipales de Atención Primaria fueron sumados para crear la variable Ambulatorio SILAIS y fue ponderado de acuerdo a las poblaciones. Estas cifras no incluyen fondos propios y financiamientos externos y por lo tanto, difieren de los datos del MINSA a nivel de los SILAIS. Los datos que presentamos, por lo tanto, sólo representan transferencias del nivel central (El Presupuesto General de la República de Nicaragua).

Los datos proporcionados por el MINSA de las Sedes de los SILAIS y los Hospitales fueron analizados separadamente.

Todos los datos fueron analizados a nivel per cápita y como porcentaje del gasto total en salud. Los análisis bivariados se hicieron entre la información sobre gastos e ingresos,

---

<sup>1</sup> Nota: Atención Primaria = servicios ambulatorios de primer nivel.

población, urbanidad, datos de utilización y la tasa de Mortalidad Infantil (TMI). El análisis bivariado es presentado por coeficientes de correlación y valores de p. Cualquier correlación con un valor de p de 0.25 o menos fue considerado significativo y es presentado en **negrilla** en el texto de este informe.

Los análisis bivariados de población, ingreso y urbanidad también fueron efectuados por quintillos, analizando la razón del quintil 5o al quintil 1o y comparando los resultados de los años 1999 a los del 2000.

### **Debilidades**

Utilizamos los datos más completos disponibles en Nicaragua. Sin embargo, existen algunas limitantes significativas para la mayoría de los datos (Ver Anexo D). Los datos de población que utilizamos están basados en proyecciones del Censo de 1995 y deberán ser actualizados cuando se efectúe el próximo censo. Los datos de utilización y cobertura son probablemente de buena calidad porque Nicaragua ha mejorado sus sistemas de reportes en los últimos años. Los datos financieros, sin embargo, fueron difíciles de obtener a nivel de los municipios y pueden ser de calidad variable.

El presupuesto de salud en Nicaragua todavía es muy centralizado; muchas de las líneas presupuestarias son controladas por el nivel central. Datos para el nivel municipal no estaban disponibles para el RAAN. Algunos municipios no reportaban cifras para algunos de los ítems centralizados porque el nivel central cubría ese gasto directamente. Por ejemplo, los municipios en Chinandega no tenían valores para muchas de las líneas presupuestarias que se refieren a Servicios No-Personales. Sin embargo, cuando se investiga más, se puede determinar que para estos municipios el pago fue hecho directamente por el MINSA a nivel central y los municipios **no** lo reportaron.

Encontramos una discrepancia entre los datos municipales que fueron sumados al nivel de los SILAIS y los datos presupuestarios de SILAIS/MINSA. Encontramos que el presupuesto SILAIS/MINSA incluye Fondos Propios y Externos al nivel de los SILAIS, mientras nuestros datos municipales fueron exclusivamente obtenidos de líneas presupuestarias de gastos. Analizamos Fondos Propios y Externos por separado.

## Hallazgos

Nuestros datos demuestran un gasto publico per cápita relativamente bajo de US\$15.32, tal como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1. Fondos per cápita en Córdoba y Dólares

SILAIS	Córdoba	Dólares**
Fondos Totales Ambulatorios / per cápita	64.39	5.23
Fondos Totales de Hospitales / per cápita	82.04	6.66
Fondos Totales de Sedes per cápita	20.77	1.69
Fondos Propios Hospitales y SILAIS/ per cápita	11.55	0.94
Fondos Externos Hospitales y SILAIS/ per cápita	9.92	0.81
TOTAL	188.67	15.32

\*\* Basado en una tasa de cambio del 1/01/2000 (1USD=12.3155 Córdoba)

La comparación del gasto de Nicaragua en atención primaria de primer nivel y hospitales indica que el país ha proporcionado de manera relativa más financiamiento para atención primaria de lo que se ve en muchos otros países. Los fondos que son movilizados por cobros locales y donaciones son bajos, pero se comparan muy bien con la experiencia internacional en países de bajos ingresos.

### Patrones de asignación de fondos

#### Atención Primaria

La primera pregunta sobre asignaciones es: ¿"Cuál es la variación en el gasto per cápita entre los SILAIS?" Analizamos datos sobre Atención Primaria, hospitales y las oficinas Sedes de los SILAIS. Primero, examinamos el gasto para la Atención Primaria, utilizando datos que suman los gastos per cápita municipales por cada SILAIS. El gasto per cápita para la Atención Primaria no debería ser muy diferente entre los SILAIS porque los servicios deberían estar disponibles para toda la población y se debería tener una utilización más o menos igual en todo el país de Nicaragua. Solamente las zonas RAAN y RAAS, con sus poblaciones pequeñas y dispersas podrían tener un gasto más alto para la Atención Primaria.

Encontramos una variación significativa en el gasto per cápita para la Atención Primaria en el año 2000. Para todos los SILAIS, el rango era de cuatro veces – desde 33.10 córdobas per cápita (Granada) a 141.73 (RAAN), con un promedio de 63.49 córdobas per cápita. (Ver Tabla 2) Los SILAIS en esta tabla y las que siguen, contienen datos en orden ascendente de ingreso, desde los más bajos hasta los más altos, los que serán descritos a continuación. Ver Anexo C, Tabla 1 para una tabla completa de gastos de Atención Primaria de los SILAIS). El gasto alto per cápita en RAAN y RAAS es

causado parcialmente por la baja densidad de población en estos SILAIS. Sin embargo, aun excluyendo estos SILAIS del cálculo, todavía existe un rango de diferencia de 2 veces entre Granada y León. Este rango es lo suficientemente estrecho para hacer factible la transición a una fórmula de equidad basada en un gasto per cápita en Atención Primaria. En los años '90 una fórmula per cápita fue aplicada, pero posteriormente fue abandonada. Parece ser que la presupuestación histórica desde ese entonces mantiene un rango relativamente estrecho en el gasto per cápita. También es evidente, sin embargo, que el sistema ha retornado a un nivel de inequidad que podría ser corregido con una reaplicación de una fórmula basada en necesidades con un componente grande basado en el tamaño de la población y la densidad.

Tabla 2. Gasto de Atención Primaria per cápita, por SILAIS y por Ingreso, Año 2000

SILAIS	Fondos Totales / capita
Chontales (más bajo ingresos per cápita)	57.52
Jinotega	52.17
Boaco	62.46
RAAN	141.73*
Madriz	50.78
Matagalpa	57.53
Masaya	40.35
Río San Juan	55.23
Carazo	47.58
Rivas	56.13
Nueva Segovia	65.90
Chinandega	56.86
Estelí	58.64
León	84.33
RAAS	<b>104.92</b>
Granada	<b>33.10</b>
Managua(más alto ingresos per cápita)	54.26
Promedio	<b>63.49</b>
Coefficiente de Correlación a nivel de Municipio	R= 0.0657 P= 0.4542 N=132**
Coefficiente de Correlación a nivel de SILAIS	R= -0.0639 P= 0.8076 N=17

\*RAAN fue estimado de los datos del Ejecución Presupuestaria Diciembre 2000.

\*\*no incluye RAAN

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM

## Hospitales

El gasto hospitalario puede ser más variado porque éstos pueden servir a poblaciones diferentes, dependiendo del nivel de servicios y la reputación de calidad de la institución. Encontramos que el gasto per cápita en cada SILAIS fue significativamente diferente, con un rango de más de tres veces. En la tabla 3 también se muestra que existe una relación fuerte entre la condición económica del SILAIS y el gasto per cápita hospitalaria (correlaciones significativas en este informe se presentan en **negrito** – también ver Anexo C, Tabla 3 para ver una tabla más completa). Sin embargo, probablemente no es conveniente utilizar la población de los SILAIS como el único denominador para hospitales por que la población atendida probablemente no sea solamente la que vive en los alrededores del SILAIS. La oferta y demanda histórica puede haber creado una mayor demanda para algunos hospitales y algunos de éstos pueden haber desarrollado una mayor capacidad para enfrentar dicha demanda.

Tabla 3. Gasto Hospitalario per cápita por SILAIS, por Ingreso, 2000

SILAIS	Total
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	57.74
Jinotega	45.40
Boaco	49.65
RAAN	53.76
Madriz	69.05
Matagalpa	<b>41.09</b>
Masaya	64.70
Río San Juan	77.74
Carazo	119.21
Rivas	102.56
Nueva Segovia	50.56
Chinandega	79.09
Estelí	118.25
León	107.15
RAAS	112.04
Granada	90.21
Managua(más altos ingresos per cápita)	<b>156.51</b>
Promedio	<b>82.04</b>
Coefficiente de Correlación	<b>R= 0.7737*</b> <b>P= 0.0003*</b>

\*Los R y P en **negrito** significa un valor significativo menos de 0.25  
Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM

Como una forma preliminar de controlar las diferentes capacidades y utilidades de los hospitales, que frecuentemente incluían pacientes de afuera del SILAIS, valoramos a los hospitales de acuerdo con sus días/cama y admisiones (Ver Tabla 4). Encontramos que en 1999, hubo una diferencia significativa en días/cama entre los hospitales clasificados como Hospitales Secundarios (2). Hubo un promedio de 100,289 días/cama por hospital en todos los SILAIS, con un rango de 13,780 para el hospital en Río San Juan hasta 662,475 para hospitales en Managua, lo que representa una diferencia de más de 47 veces. Cuando analizamos los gastos hospitalarios por días/cama encontramos que había un rango más limitado – con un rango de hospitales gastando entre 167 y 394 córdobas por día/cama, o una diferencia de un poquito más de dos veces. Encontramos que los gastos por ingreso también tenían un rango bastante limitado – entre 1129 y 2350 córdobas, con un promedio de 1538. Se podría hacer un estudio del gasto en hospitales con respecto a la mezcla de especialidades, con hospitales con tasas más altas de servicios más caros – tales como cirugía – y ponderados para reflejar sus necesidades para mayores gastos. Esta valoración se podrá hacer en el futuro.

Tabla 4. Gasto Hospitalaria por Días/cama e Ingresos, Año 1999

SILAIS	Días Camas	Gasto/Días Camas	Total Ingresos	Gasto/Total Ingresos
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	65335	214	8518	1643
Jinotega	47450	266	8093	1562
Boaco	19884	394	6092	1288
RAAN	*	*	*	*
Madriz	43435	181	5572	1409
Matagalpa	90885	235	18425	1161
Masaya	65335	258	14956	1129
Río San Juan	13870	289	2431	1646
Carazo	*	*	*	*
Rivas	66795	167	9297	1203
Nueva Segovia	40150	206	7238	1141
Chinandega	93440	306	22875	1250
Estelí	26645	282	3203	2350
León	169725	221	18806	1991
RAAS	44530	220	6488	1508
Granada	54385	279	10043	1511
Managua(más altos ingresos per cápita)	662475	307	89073	2280
Promedio	100289	255	15407	1538
Coefficiente de Correlación nivel SILAIS	<b>R= 0.8997</b> <b>P= 0.0000</b>	R= 0.1648 P= 0.5574	<b>R=0.8786</b> <b>P=0.0001</b>	<b>R=0.5726</b> <b>P=0.0257</b>

\*Datos Faltantes

Nota: Usamos solamente 1999 porque es el único año que tenemos con datos de utilización

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM

## Oficinas de los SILAIS

Las Sedes de los SILAIS también tuvieron grandes variaciones en su gasto per cápita. En el año 2000, tal como se presenta a continuación en la Tabla 5, el rango fue de 7.52 Córdobas per cápita (Masaya) a 48 córdobas (Chinandega) con la media en 20.77. Tanto las Sedes, como hospitales, pueden requerir niveles diferentes de gastos a causa de diferentes necesidades de recursos humanos y programas especiales. Sin embargo, esta gama sugiere que el gasto en las Sedes debe ser revisado cuidadosamente.

Tabla 5. Gasto total per cápita para SEDE Año 2000 por ingreso per cápita del SILAIS

SIL AIS	Total
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	*
Jinotega	*
Boaco	18.07
RAAN	*
Madriz	13.01
Matagalpa	9.30
Masaya	7.52
Río San Juan	*
Carazo	27.03
Rivas	12.19
Nueva Segovia**	14.36
Chinandega	48.51
Estelí	22.29
León	29.43
RAAS	38.57
Granada	10.13
Managua(mas altos ingresos per cápita)	19.62
Promedio	20.77
Coefficiente de Correlación	R= 0.1336 P=0.6635

\*Datos Faltantes

\*\*Productos Medicinales eliminados porque no son solamente de la sede, sino de todos los municipios

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM



## Control Descentralizado de Recursos

Habían algunos ítems presupuestarios específicos que las autoridades locales controlaban y otros que eran controlados por MINSA a nivel central. Encontramos que en general a los SILAIS no se les autorizaba mucho control sobre sus presupuestos. En promedio, solo 8.4% del total del presupuesto del SILAIS para Atención Primaria en 1999 fue controlado por los SILAIS. Este promedio aumentó a 8.94% en 2000. Sin embargo, todavía es menos de la mitad de estimados previos de 20% (Ver tabla 6)

Tabla 6. Porcentaje de Presupuestos de Atención Primaria, Año 2000, por SILAIS, por ingreso

SIL AIS	Fondos Centralizados	Fondos Descentralizado
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	89.50	10.50
Jinotega	82.56	17.44
Boaco	87.81	12.19
RAAN	*	*
Madriz	85.48	14.52
Matagalpa	93.66	6.34
Masaya	92.60	7.40
Río San Juan	85.69	14.31
Carazo	92.00	8.00
Rivas	93.46	6.54
Nueva Segovia	92.57	7.43
Chinandega	94.73	5.27
Estelí	92.30	7.70
León	96.88	3.12
RAAS	93.60	6.40
Granada	90.23	9.77
Managua(más altos ingresos per cápita)	93.87	6.13
Promedio	91.06	8.94
Coefficiente de Correlación basado en los SILAIS	<b>R= 0.4280</b> <b>P= 0.0981</b>	<b>R=-0.4280</b> <b>P=0.0981</b>

\*Datos Faltantes

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM

Algunos SILAIS tenían más control sobre sus presupuestos de Atención Primaria, aunque esto varía de año en año. En el año 2000, el rango era de 3.12% (León) hasta 17.44% (Jinotega). Sin embargo, hasta las cifras extremadamente altas están muy debajo de los estimados hechos previamente.

En los Hospitales, el presupuesto que los directores del hospital podían controlar también era bajo. El rango era entre 6.82% (Nueva Segovia) y 13.98% (Madriz) con un promedio de 9.89%. No había ninguna relación con los ingresos de SILAIS.

En las Sedes de los SILAIS la discreción local era más amplia que para las atenciones de Atención Primaria o de los hospitales. En el año 2000, el rango de control descentralizado era de 9.28% (Rivas) a 28.96% (Chinandega) con un promedio 16.18%. Estas cifras eran un poco más altas que las de 1999 (promedio de 14.97%).

Entonces nos hicimos la pregunta: ¿Los SILAIS con más control sobre sus presupuestos asignan recursos a sus municipalidades de una manera más justa?. Nuestra suposición aquí es que los directores de SILAIS tienen bastante control sobre la asignación de recursos del presupuesto, tanto como de los recursos humanos dentro del SILAIS. Nuestra encuesta sugiere que esta suposición es correcta. También supusimos que el porcentaje del presupuesto que controla un SILAIS indica que el MINSA a Nivel Central le ha otorgado a los SILAIS más discreción que para aquellos con porcentajes más bajos de presupuestos descentralizados. Esta suposición tiene menos apoyo concreto en nuestros estudios, pero puede sugerir lo que podría suceder si un control más fuerte del presupuesto fuera otorgado a los SILAIS.

Encontramos una correlación significativa entre el porcentaje del financiamiento total descentralizado a nivel SILAIS y la diferencia entre el gasto municipal per cápita más grande y más pequeño dentro de cada SILAIS. ( $R=-0.3521$ ,  $P=0.1811$   $N=16$ ) Esto significa que cuanto más alto era el porcentaje de financiamiento que estaba bajo el control de los SILAIS (porcentaje del total de los fondos descentralizados a nivel de SILAIS), más pequeña era la diferencia en el gasto total para la salud per cápita de las municipalidades dentro de cada SILAIS. Definimos el término “máxima equidad” como la diferencia más pequeña en gastos totales per cápita dentro de las municipalidades de cada SILAIS. Siendo este el caso, cuanto más alto es el porcentaje de financiamiento descentralizado a nivel SILAIS, más equidad hay en términos de gastos per cápita totales de salud de la municipalidad.

### **Fondos Propios y Externos**

Los SILAIS pudieron generar sus fondos propios con niveles variantes de éxito. Fondos propios son ingresos reportados de cuotas recolectadas por los SILAIS y las Unidades de Salud de la municipalidad dentro de su región.

El promedio fue de solo 4.78 córdobas per cápita para 1999 (gama de 1.10 a 11.44) y 3.14 córdobas per cápita para el año 2000 (gama de 0.51 a 5.64). (Ver Anexo C Tablas 11-16) El nivel, tanto como la brecha entre el per cápita financiamiento propio alto y bajo declinó de 1999 al 2000. No existió ninguna relación con los ingresos de SILAIS.

Los fondos externos son fondos de donantes directamente gastados en el SILAIS a través del proceso presupuestario regular y no incluyen fondos donados pagados directamente a implementadores tales como PROSALUD. Estos fondos eran más importantes y más equitativamente distribuidos que los propios ingresos internos, pero variaban considerablemente de año en año y entre los SILAIS. Los promedios eran 13.60 córdobas per cápita en 1999 (gama entre 1.98 a 60.35) y 9.21 en 2000 (gama 0.28 a 27.33). De nuevo el nivel y la brecha declinaron de 1999 a 2000. La inequidad de las asignaciones de fondos externos tenían el efecto de exagerar las inequidades de gastos en atención primaria de fondos nacionales. La relación entre gastos per cápita en atención primaria y fondos externos per cápita fue significativa ( $R=0.60$ ,  $P=0.0159$ )

Como porcentaje de los gastos totales de Atención Primaria, encontramos que en el año 2000 el promedio de ambas fuentes, propios y externos, por SILAIS era 15.56%, con una gama de 6.09 a 28.01. Sin embargo, las fuentes externas representan un mayor porcentaje que los fondos propios y tienen menos posibilidad de ser una fuente estable de financiamiento. Los fondos propios contribuyeron solamente un promedio de 4.52% en el año 2000. Esta cifra declinó de 7.01 % en 1999.

Los Hospitales también recolectaron sus propios ingresos y pudieron generar ingresos más altos que los servicios de Atención Primaria y preventivos. El promedio de los gastos totales per cápita de los hospitales en 2000 fue de 8.72 córdobas per cápita, con un rango de 0.46 a 41.68 (Managua). Sin embargo, el rango es distorsionado por Managua donde la mayor parte de los hospitales principales atienden a grupos de personas mucho más grandes que la totalidad de la población de la ciudad.

### **Asignación Relacionada a las Características Locales**

Intentamos analizar los patrones de gastos con relación a varias características locales, para ver que factores explicaban los patrones de gastos y que impacto podrían tener éstos en las asignaciones.

#### **Tamaño de la Población**

Aunque no se pudo hallar una relación significativa entre los gastos per cápita de Atención Primaria de los SILAIS y el tamaño de la población del SILAIS, encontramos que a nivel municipal, municipios con poblaciones más pequeñas tenían gastos promedio más altos que las municipalidades con poblaciones más grandes (Ver Anexo C Tablas 4 – 7). De nuevo, esta relación era similar para los presupuestos bajo control tanto central como los descentralizados.

Este patrón de gastos puede ser racional si pequeñas poblaciones son dispersas y tienen costos más altos para la entrega de servicios.

### Ingresos de SILAIS y las Municipalidades

En algunas situaciones, la descentralización ha significado que comunidades más ricas pueden dedicar más recursos a la salud, aumentando las inequidades. Sin embargo, presupuestos centralizados basados en la historia han favorecido en otros países a las comunidades más ricas, sobre las más pobres. En estudios llevados a cabo por Harvard en Chile y en Colombia, encontramos que la descentralización mejoró la equidad de gastos per cápita, a través del tiempo. Ver Anexo B.

En Nicaragua usamos un índice de ingresos de municipio proporcionado por INIFOM. Sumamos las municipalidades en un SILAIS para generar un ingreso promedio de los SILAIS.

La información de los ingresos sugiere una amplia variación entre las municipalidades. Hubo una diferencia de más de 10 veces entre el ingreso más alto per cápita de municipio y el más bajo, con un promedio de 73.27 y una desviación estándar de 84.69.(ver Tabla 7) Encontramos que 51 municipios tenían ingresos per cápita mayores que el promedio. Estos municipios podrían ser considerados como los “más ricos” de Nicaragua.

Tabla 7. Ingresos de Municipio per cápita

SILAIS	El más bajo	El más alto
Rango	6.38	675.44
SILAIS	RAAS	Managua
Municipio	El Tortuguero	El Crucero
	Promedio	73.27
	Desviación Estándar	84.69

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM

Encontramos que el gasto per cápita global no estaba relacionado con los ingresos de los SILAIS (Tabla 2 arriba y Anexo C Tabla 1). Sin embargo, el porcentaje de financiamiento descentralizado asignado a los diferentes SILAIS estaba relacionado con los ingresos del SILAIS, con municipios pobres recibiendo mayor autorización para tomar decisiones sobre porcentajes más grandes del presupuesto. (ver Tabla 6 arriba). Este hallazgo es inusual y sorprendente.

Con relación a gastos hospitalarios, no nos sorprendió hallar que los SILAIS con ingresos más altos tenían más días/cama que los de ingresos más bajos. Sin embargo, cuando analizamos los gastos por día /cama con los ingresos del SILAIS no hubo ninguna relación (Tabla 4 arriba). No hubo ninguna relación del ingreso de SILAIS con el nivel de gastos al nivel de Sede.

Analizamos los patrones de las municipalidades por quintil de ingreso y una vez más, no hallamos ninguna relación significativa. (Anexo C Tablas 8 – 10).

## Utilización

¿Están relacionados los niveles de gastos a la utilización?. Encontramos que el financiamiento estaba relacionado con la utilización en muchos aspectos. Más financiamiento total per cápita, más financiamiento centralizado y descentralizado, y ambos tenían relación con un mayor número de consultas per cápita de niños menores de uno y menores de cinco años de edad y para visitas de control de la fertilidad. (Ver Tabla 8)

Tabla 8. Correlaciones de Utilización

SILAIS	Total de Fondos Centralizados	Total de Fondos Descentralizados	Total de Fondos / capita
Consultas menor de un año / capita	<b>R= 0.2687</b> <b>P= 0.0018</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.3513</b> <b>P= 0.0001</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.2920</b> <b>P= 0.0007</b> <b>N=133</b>
Consultas menor de 5 años / capita	<b>R= 0.3439</b> <b>P= 0.0001</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.3942</b> <b>P= 0.0000</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.3674</b> <b>P= 0.0001</b> <b>N=133</b>
Consultas prenatales/capita	R= -0.0197 P= 0.8220 N=133	<b>R= 0.2617</b> <b>P= 0.0023</b> <b>N=133</b>	R= 0.0109 P= 0.9006 N=133
Control de Fertilidad / capita	<b>R= 0.1043</b> <b>P= 0.2323</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.3187</b> <b>P= 0.0002</b> <b>N=133</b>	<b>R= 0.1338</b> <b>P= 0.1247</b> <b>N=133</b>
Riesgo de malnutrición menor de un año / capita	<b>R= -0.1069</b> <b>P= 0.2208</b> <b>N=133</b>	R= -0.0616 P= 0.4809 N=133	<b>R= -0.1073</b> <b>P= 0.2187</b> <b>N=133</b>
Desnutrición menor de un año / capita	<b>R= -0.1508</b> <b>P= 0.0832</b> <b>N=133</b>	R= -0.0927 P= 0.2888 N=133	<b>R= -0.1521</b> <b>P= 0.0805</b> <b>N=133</b>

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM y MINSA

También estudiamos la relación entre la cobertura de inmunización y los gastos. Encontramos que para DPT3 y Polio 3, existía una relación significativa entre los niveles de financiamiento descentralizado y la cobertura de inmunización. Sin embargo, para la mayor parte de las otras inmunizaciones, había una relación negativa entre los gastos centralizados y la cobertura. Esta conclusión sugiere que esos municipios en los SILAIS con niveles más altos de presupuestos descentralizados tenían mejores tasas de cobertura. También sugiere que los presupuestos centralizados más altos no contribuían a mejorar los niveles de vacunación.

Tabla 9. Cobertura: Correlaciones de Inmunizaciones, por Tipo de Fondo, a nivel del municipio

SILAIS	Total de Fondos Centralizados	Total de Fondos Descentralizados	Total de Fondos / capita
DPT3 per cápita de menor de un año	R= -0.0336 P= 0.7021 N=132	<b>R= 0.2529</b> <b>P= 0.0034</b> <b>N=132</b>	R= -0.0032 P= 0.9711 N=132
DPT3 per cápita 1-4 años	<b>R= -0.1800</b> <b>P= 0.0420</b> <b>N=128</b>	R= -0.0394 P= 0.6586 N=133	<b>R= -0.1734</b> <b>P= 0.0503</b> <b>N=133</b>
Sarampión per cápita 1-4 años	R= -0.0811 P= 0.5638 N=53	R= -0.0391 P= 0.7812 N=53	R= -0.0812 P= 0.5635 N=53
Polio3 per cápita menor de un año	R= -0.0302 P= 0.7316 N=131	<b>R= 0.2290</b> <b>P= 0.0085</b> <b>N=131</b>	R= -0.0027 P= 0.9760 N=131
Polio3 per cápita 1-4 años	<b>R= -0.1836</b> <b>P= 0.0388</b> <b>N=127</b>	R= -0.0681 P= 0.4468 N=127	<b>R= -0.1802</b> <b>P= 0.0427</b> <b>N=127</b>
BCG1 per cápita menor de un año	<b>R= -0.1791</b> <b>P= 0.0406</b> <b>N=131</b>	R= 0.0560 P= 0.5254 N=131	<b>R= -0.1620</b> <b>P= 0.0644</b> <b>N=131</b>
BCG1 per cápita 1-4 años	<b>R= -0.1688</b> <b>P= 0.0807</b> <b>N=108</b>	R= 0.0493 P= 0.6126 N=108	<b>R= -0.1525</b> <b>P= 0.1151</b> <b>N=108</b>

Fuentes: Presupuesto General de la Republica de Nicaragua e INIFOM y MINSa

## Estatus de Salud

¿Habrá relación entre el mayor gasto en salud con los resultados positivos de salud? No hallamos ninguna relación entre los gastos totales per cápita con Atención Primaria y la tasa de mortalidad infantil (TMI). Hallamos una relación positiva pero débil, entre los gastos descentralizados y TMI en el año 2000 (un TMI más alto, relacionado con los gastos descentralizados más altos per cápita para Atención Primaria). Este hallazgo, sin embargo, no es estable, ya que la información de 1999 era también débil y con una relación opuesta (TMI más alto, relacionado con gastos más bajos). (Ver Anexo C Tabla 17)

## Análisis e Implicaciones para Políticas de Salud

Los hallazgos cuantitativos refuerzan la conclusión que existe relativamente poco espacio de decisión a niveles locales en el sistema de salud de Nicaragua. La porción promedio controlada por funcionarios de los SILAIS es menos de la mitad de los estimados hechos previamente. En forma similar los directores de hospital tienen control muy limitado sobre sus presupuestos. Los directores de los SILAIS tienen más discreción sobre los presupuestos de las Sedes, pero ese control es todavía bastante limitado. Existen bastantes opciones para incrementar el control local del sistema de salud.

Los hallazgos también sugieren que existe un grado moderado de inequidad en el financiamiento actual de los servicios de los SILAIS. Hay diferencias de dos a tres veces en las asignaciones per cápita entre los SILAIS. En Colombia, las asignaciones centralizadas antes de descentralizar, demostraban una brecha más grande entre localidades con mayores recursos y localidades con menos recursos. Sin embargo, después de la descentralización, se impuso una fórmula basada en asignaciones per cápita, las asignaciones del presupuesto central resultaron casi iguales entre las localidades. Esto sugiere que Nicaragua podría adoptar una fórmula “en base a necesidades” que podría reducir las inequidades entre los SILAIS. Como la gama de gastos per cápita no es grande, la transición de las inequidades actuales no causarían cambios drásticos de financiamiento. Esto permitiría un período corto de ajuste. Esta fórmula basada en necesidades podría ser basada en el tamaño de la población, principalmente para la Atención Primaria y basada en admisiones o días/cama para hospitales.

El hecho de que exista una relación entre el financiamiento y la utilización sugiere que el impacto de presupuestos más grandes podría mejorar la producción de los servicios y fortalecer los argumentos para niveles más altos de gastos en salud.

El hecho que los SILAIS con municipios que tienen mayor control sobre sus presupuestos descentralizados también está relacionado con niveles más altos de cobertura de vacunación, es interesante y sugiere que el control local más amplio no correría en contra de la prioridad dada por niveles centrales del MINSA a algunos programas. Incluso, los SILAIS con más gastos centralizados tenían la tendencia de tener coberturas menores de vacunación. Encontramos que SILAIS con municipios más pobres tienen una tendencia de tener mayor control sobre su presupuesto para la Atención Primaria, lo que parece inusual dado la baja capacidad de los recursos humanos en éstos.

Los datos también sugieren que existen pocos sesgos obvios en las asignaciones de fondos. Los ingresos de los SILAIS, basados en la suma de ingresos municipales, no estaban relacionados con las decisiones de asignación, utilización y otras mediciones. Existe un sesgo positivo hacia poblaciones más pequeñas, lo que probablemente es una buena política.

Encontramos alguna evidencia que los SILAIS con mayor control sobre sus presupuestos tienden a asignar sus recursos entre los municipios de una manera más equitativa. Este hallazgo le da peso al argumento que una mayor descentralización del presupuesto puede dar lugar a mayor equidad dentro del SILAIS.

Los ingresos de fuente propia dependen en gran medida del financiamiento externo y sólo un porcentaje pequeño del financiamiento total proviene de fondos propios recaudados por servicios de Atención Primaria y preventivos. Ambas fuentes demostraron reducciones entre 1999 y 2000. Una nueva política sobre cobros locales, permitiendo una discreción limitada para fijar precios de los servicios, y el reemplazo de la caja única con un sistema que claramente permita que los establecimientos locales puedan retener sus cobros, probablemente mejorarían esta situación.

La alta variabilidad en los gastos per cápita de las oficinas de los SILAIS sugiere que se debería hacer un análisis por separado de las necesidades y gastos de los SILAIS para ver si las asignaciones actuales se justifican.

La opción de incrementar la descentralización por medio de la devolución del control a los municipios, da lugar a suponer que los presupuestos municipales podrían contribuir más a los servicios de salud. El presupuesto promedio per cápita fue de 73 córdobas, lo cual es más que el promedio del presupuesto de los SILAIS de 63.49 córdobas per cápita. Aunque existen muchos municipios con presupuestos muy bajos – él más bajo es de 6 córdobas – existe un grupo de municipios con mayores ingresos que posiblemente podrían proveer fondos adicionales. En nuestros estudios de Harvard en Colombia y Chile, encontramos que los municipios incrementaban sus fuentes propias para salud, después de recibir mayor financiamiento central y tener mayor responsabilidad en el proceso de descentralización. (Ver Anexo B)





# Estudio Cualitativo

## Objetivo

Esta parte de los estudios de Harvard en Nicaragua examinó las observaciones y actitudes de los funcionarios claves a los niveles de SILAIS y municipales acerca del status actual de descentralización y actitudes acerca de opciones para el futuro. Esta encuesta se llevó a cabo para conseguir información referente a los recursos humanos, procesos, calidad y recomendaciones que no estaban disponibles en el estudio cuantitativo.

## Metodología

Este estudio fue una encuesta por medio de entrevistas de funcionarios en 8 SILAIS seleccionados. Esto tomó en cuenta casi la mitad del total de los SILAIS. Se llevaron a cabo entrevistas en las oficinas de los SILAIS, el Hospital del Departamento, y por cada SILAIS dos instalaciones municipales seleccionadas y la Alcaldía de esas municipalidades. Se incluyeron cuestionarios de entrevistas con una combinación de preguntas cerradas y abiertas. Las entrevistas se llevaron a cabo por Leonor Corea y un equipo de 4 entrevistadoras capacitadas de ALVA, S.A. El equipo de entrevistas estuvo involucrado en el diseño del cuestionario y pudo investigar para obtener respuestas claras para cada pregunta. Nueve instrumentos fueron preparados – uno por cada uno de los funcionarios claves a nivel SILAIS (Director, Sub-Director o Jefe de Enfermería, Administrador, Jefe de Insumos Médicos), a nivel del Hospital del Departamento, a nivel Municipio ((Director, Sub-Director o Jefe de Enfermería, Administrador) y uno para el Alcalde. Las entrevistas duraron entre 1 – 3 horas (Ver Anexo E para ver un ejemplo de uno de los instrumentos de la encuesta).

Los SILAIS fueron seleccionados por conveniencia para reflejar las diferentes regiones del país y áreas donde se llevan a cabo proyectos actuales descentralizados. Las municipalidades dentro de estos SILAIS fueron seleccionadas con base a información a nivel nacional para incluir municipalidades con gastos per cápita más altos, tanto como los que tenían gastos más bajos. Los SILAIS seleccionados fueron: Boaco, Chontales, Carazo, Granada, Jinotega, Masaya, Matagalpa, Rivas.

Entrevistamos a 7 de los 8 Directores de SILAIS. El Director de Matagalpa no estaba disponible cuando las entrevistadoras hicieron su visita. Todos los Administradores de SILAIS fueron entrevistados. En la categoría de Sub-Director / organizadores de Servicios / planificador quince (casi dos para cada SILAIS) fueron entrevistados. Los ocho Administradores de SILAIS todos fueron entrevistados. En la categoría de Sub-Director / organizadores de Servicios/Planificador quince (casi dos de cada SILAIS) fueron entrevistados. Los ocho Funcionarios de Abastecimiento Médico todos fueron entrevistados. A nivel municipal 14 Directores de Establecimientos Municipales, 19 Sub-Directores o Jefes de Enfermería, y Administradores Municipales de Establecimientos Municipales fueron entrevistados. Ocho Directores de Hospitales, uno en cada SILAIS y 12 Alcaldes fueron entrevistados.

Ya que esta no fue una muestra al azar, y que los números son relativamente pequeños, los hallazgos y conclusiones tienen que ser vistos con cierta precaución. Para algunos de los hallazgos -- como rotación, preparación y capacitación profesional, y otros asuntos relativamente objetivos -- podría ser útil enviar un cuestionario a los demás miembros del SILAS y funcionarios municipales para obtener un cuadro más completo.

## **Hallazgos**

### Rotación del Personal y experiencia

Encontramos que existía estabilidad relativa entre los directores del SILAIS, aunque había cierto movimiento de personal en sus Equipos de Dirección. (Ver Tabla 10) Tres de los siete directores de los SILAIS habían estado en sus puestos por más de tres años, tres de ellos entre uno y tres años y solo uno había estado en su puesto por menos de seis meses. Cinco directores habían tenido cargos similares por lo menos tres años antes de éste. Sin embargo había habido movimiento de personal en los últimos tres años en 5 de los SILAIS. Dos de estos cambios fueron hechos por las autoridades locales, uno por MINSA y el resto probablemente a iniciativa del personal individual involucrado. Según los Directores, los Equipos de Dirección incluían 5-7 personas y tres SILAIS tenían 7.

Tabla 10. SILAIS: Rotación de Personal y Experiencia de los Equipos de Dirección, (N) %

	Directores	Planificadores	Insumos	Admón.	Total
Años en puesto actual					
< 6 meses	(1) 14.29	0	0	(1) 12.50	(2) 5.26
6 meses-1 año	0	0	(1) 12.50	(1) 12.50	(2) 5.26
1-3 años	(3) 42.86	(3) 20.00	(4) 50.00	(2) 25.00	(12) 31.58
> 3 años	(3) 42.86	(12) 80.00	(3) 37.50	(4) 50.00	(22) 57.89
N	7	15	8	8	38
Rotación en Equipos en los últimos 3 años					
SI	(5) 71.43	(6) 42.86*	(4) 50.00	(4) 50.00	(19) 51.35
No	(2) 28.57	(8) 57.14*	(4) 50.00	(4) 50.00	(18) 48.65
N	7	14	8	8	37
Cambios hechos por quién?					
Autoridades Locales	(2) 33.33	(6) 100.00	(4) 100.00	(2) 50.00	(14) 70.00
MINSAs	(1) 16.67	0	0	0	(1) 5.00
Otros	(3) 50.00	0	0	(2) 50.00	(5) 25.00
N	6	6	4	4	20
Tamaño de Personas Dependientes					
Menos que 5 personas	0	(7) 50.00	(6) 75.00	(3) 37.50	(16) 44.44
5-7 personas	(7) 100.00	(3) 21.43	(1) 12.50	(2) 25.00	(13) 36.11
8 personas o más	0	(4) 28.57	(1) 12.50	(3) 37.50	(7) 19.44
N	7	14	8	8	37
Tamaño promedio reportado de Personas Dependientes	6.14	4.29	3.5	7	5.05

\* Datos faltantes

Los Administradores de los SILAIS que fueron entrevistados también tenían bastante experiencia y eran estables en su cargo. Cuatro de los ocho habían estado en sus cargos por más de tres años y solo uno por menos de seis meses. Seis habían estado por lo menos dos años en puestos similares y cuatro habían tenido cargos similares por lo menos por 6 años. A los entrevistados se les preguntó por las estructuras o personas que están dependiendo de ellos. Las respuestas varían especialmente para los administradores quien contestaron entre 3 y 18 personas dependiendo de ellos (Directores dijeron 5-7 dependiendo de ellos). La mitad informaron que había habido un cambio en el Equipo o la estructura dependiendo de ellos en el año anterior. Sin embargo solo dos informaron que habían participado en esa decisión.

Igual a los Directores y Administradores, los Sub-Directores / organizadores de Servicio/Planificadores como grupo tenían mucha experiencia. Doce de los quince habían estado en sus puestos por más de tres años y los otros tres habían estado en sus cargos por lo menos por un año. Todos habían estado en puestos similares por lo menos por dos años y hasta 29 años, y nueve tenían diez años o más. Los Funcionarios de Personal de Suministros Médicos también eran estables y experimentados. Tres de los ocho habían estado en sus puestos por tres años o más y solo uno por menos de un año.

Tres habían estado en puestos similares por cinco años o más pero tres habían acumulado menos de tres años en puestos similares.

Fue al nivel de Municipios donde los cambios de personal y la falta de experiencia pareció ser un asunto significativo. (Ver Anexo C, Tabla 19) De los 14 Directores Municipales solo seis habían estado en sus cargos por mas de tres años; sin embargo, cuatro habían sido Directores por menos de seis meses. Ocho de estos Directores tenían menos de dos años de experiencia en cargos similares. Solo tres de 14 tenían 6 o más años en puestos similares.

La estructura o personas dependiendo del Director de Municipio y los administradores de Municipio eran, sin embargo, relativamente estable y experimentado. Aunque de nuevo hubo tres diferentes informes del numero de personas dependientes entre los informantes de las mismas municipalidades, generalmente el numero de personas dependientes parece variar desde 3 a 8, la mayoría con 4 o 7, y la mayoría había tenido cambios de personal en los últimos tres años. Encuestamos a 19 funcionarios que eran sub-directores o enfermeras jefes en los establecimientos municipales. Diez habían estado en sus puestos por tres años o mas y solo dos por menos de seis meses. Diez habían acumulado tres años o más (hasta 21) en puestos similares y seis tenían menos de un año. Asimismo por los Administradores Municipales, siete de los once habían estado en sus puestos por mas de tres años y uno menos de seis meses. Siete tenían dos años o meses en puestos similares (parece ser que en este grupo, a diferencia de los otros, algunos no tomaron en cuenta su puesto actual.)

Los Directores de Hospitales también habían experimentado un alto nivel de cambios de personal y en alguna medida menos experiencia en puestos similares. Tres de los ocho estuvieron en sus puestos por menos de seis meses, cuatro por uno a tres años y solamente uno por tres años o más. La mitad tenía cuatro o mas años de experiencia en puestos similares. Ellos reportaron Equipos de Dirección entre 3 y 7 miembros y todos salvo uno habían tenido cambios en el Equipo durante los últimos tres años. Tres de los cambios fueron llevados a cabo por los SILAIS, dos por el Director local, y uno por el MINSA a Nivel Central. Tres de los Directores participaron en la decisión de cambiar el Personal.

Para concluir, contradiciendo la suposición general de que el cambio de personal es un principal problema en Nicaragua, esta encuesta indica que existe una estabilidad considerable entre los Directores y el numero de personas dependiente de ellos y que el personal tiene experiencia en sus puestos. Este hallazgo indica que no es necesario presenciar varios cambios en recursos humanos para reducir los cambios de personal a nivel del SILAIS. El numero de personas dependientes a nivel municipal también parecieron ser relativamente estables. Sin embargo, hubo mas cambios de personal entre los Directores Municipales y los Directores de Hospitales y sería importante desarrollar políticas para reducir la rotación de estos directores.

## Capacidad: Profesión y Capacitación

No es de sorprenderse que todos los Directores del SILAIS eran médicos, y que algunos tenían maestría en salud pública. (Ver Anexo C, Tabla 22) Aunque la mayor parte de ellos habían recibido capacitación médica adicional de más de dos semanas, solo uno de los siete había recibido capacitación por más de dos semanas en administración y finanzas. De igual manera, de los que estaban en la categoría de Sub-Director/Organizador de Servicios/Planificador, la mitad eran doctores y dentistas, algunos con maestría en salud pública, y la mitad eran enfermeras (una fue identificada como de "otra categoría.") Solo uno tenía capacitación administrativa o financiera de más de 2 semanas, en gerencia de proyectos. Solo 2 tenían capacitación de más de 2 semanas en administración y finanzas. Siete de los ocho funcionarios de Suministros Médicos eran licenciados en farmacia. Tres habían ocupado sus plazas por tres o más años y solo uno por menos de un año. Tres tenían cinco o más años en plazas similares pero tres de ellos habían acumulado menos de 3 años en plazas similares.

En la sede de SILAIS fueron solamente los Administradores de SILAIS que tenían tanto preparación profesional con alguna capacitación adicional en finanzas y administración. Todos los 8 Administradores del SILAIS pertenecían a la profesión y cuatro tenían capacitación adicional de más de dos semanas en finanzas y administración. Mientras cinco de los siete Directores del SILAIS informaron que tenían suficientes recursos humanos para tomar decisiones presupuestarias, solo dos de los ocho Administradores del SILAIS consideraron que existía suficiente capacidad de recurso humano para tomar decisiones presupuestarias. (Recursos humanos refiere a los recursos que dependen del Director o de los Administradores a nivel de Municipios de Salud). Cinco de ellos alegaron que podían realizar análisis financiero con relación a su planificación de salud. Los Administradores consideraron generalmente que no tenían suficiente gente capacitada y hasta los que consideraban que sí tenían personal capacitado consideraron que necesitaban más computadoras y materiales para llevar a cabo análisis financiera:

No se tienen los recursos humanos necesarios, esto significa que en los municipios faltan cuatro administradores, y el Contador a nivel de SILAIS tiene que cubrir esa carencia. En equipamiento, es necesario tener una red para agilizar las acciones, el personal está capacitado adecuadamente.

Hace falta capacitación de los recursos, falta equipamiento (computadoras). El Área Financiera tiene cinco computadoras con poca capacidad, del año 1993-1994.

Si en los recursos humanos tenemos la capacidad, en equipo sí hay escases, igual en materiales como papel continuo y cinta para máquinas. Esto debido a una limitante presupuestaria. Se necesita profundizar en capacidad de análisis, la gente produce datos pero no analiza a fondo.

A nivel municipal y en los hospitales había una falta de capacitación profesional en administración y finanzas. Todos los catorce Directores Municipales eran doctores y solo uno tenía capacitación en administración y finanzas de más de dos semanas. De los 19 funcionarios que eran sub-directores o enfermeras jefes en los establecimientos municipales, doce de los encuestados eran enfermeras y siete eran doctores y dentistas. Solo uno había recibido capacitación de dos semanas o más en administración o finanzas. De nuevo solo los Administradores tenían capacitación en finanzas y administración. De un total de 11 administradores, nueve eran administradores profesionales y ocho habían adquirido capacitación adicional en administración y/o finanzas de más de dos semanas. Todos los Directores de Hospitales eran médicos y ninguno tenía capacitación administrativa o financiera de dos semanas o más.

Los Directores Municipales también consideraron que no tenían los suficientes recursos humanos para asumir responsabilidad financiera adicional. Solamente dos de los catorce consideraron que sí podían asumir la responsabilidad. Sin embargo, varios consideraron que su Equipo de Dirección estaba capacitado mejor ahora que anteriormente. Por ejemplo, uno informó que:

Actualmente el equipo de dirección tiene más capacidad de decisión, porque ha sido capacitado en el aspecto gerencial. Todos los miembros del equipo tienen algún tipo de capacitación gerencial. El SILAIS ha dado mayor capacidad de decisión y a su vez al Director Municipal le ha dado también mayor capacidad de decisión, tanto al equipo de dirección como el jefe de programas.

No obstante, el personal y la capacitación actual fueron calificados como insuficientes.

Se necesita tener capacitaciones en formulación de proyecto para los recursos humanos. Se necesitan capacitaciones en el área de administración. También son necesarios más recursos humanos para los Puestos de Salud. La administración trata de dar respuestas a muchas necesidades que son exigidas y hace falta equipo y materiales.

Otro Director Municipal observó que:

Todavía no [tiene los recursos humanos y materiales necesarios para tomar todas las decisiones presupuestarias] porque existen debilidades: las personas no están capacitadas, existen administradores empíricos. Es necesario tener un personal capacitado y profesional y capacitar permanentemente, sobre todo en el aspecto de gerencia financiera.

Lo que sí se puede observar es que la capacitación administrativa y financiera del personal es insuficiente.

La autoridad y responsabilidad que serían el resultado de una descentralización intensificada requerirían una capacidad significativa en estas dos áreas principales. Solamente administradores tenían suficiente educación profesional en estas áreas. Muy

pocos habían completado cursos que duraran al menos dos semanas en administración y finanzas.

Ninguno de los directores de los hospitales tenía capacitación en esta área. Esto permite inferir que se necesita una política de programas principales de tipo ejecutivo para el personal de SILAIS, hospitales y municipios, especialmente si responsabilidades adicionales van a ser asignadas a estos niveles.

La mayor parte de los encuestados en los niveles de SILAIS y municipales consideraron que no tenían personal suficientemente capacitado para tomar decisiones presupuestarias. Esto sugiere que se le debería dar prioridad al reclutamiento de personal adecuadamente capacitado para el control financiero y análisis presupuestario si se va incrementar la descentralización de los presupuestos. Sería importante desarrollar esta capacidad de manera simultánea con el proceso de descentralización. Probablemente no será necesario desarrollar la capacidad antes de llevar a cabo la descentralización.

#### Percepciones de Opciones Locales y “Espacio de Decisión”

Cuando se les preguntó directamente acerca de las áreas en las cuales ellos consideraron que podían seleccionar, tres de los siete directores del SILAIS dijeron que ellos no participaban en las decisiones presupuestarias. (Ver Anexo C, Tabla 27) Solo tres creyeron que participaban en las decisiones de recursos humanos. Casi todos pensaron que participaban en las decisiones acerca de los programas de prioridad. Dadas las respuestas a otros asuntos, queda claro que tenían más poder de selección del que informaron. Los sub- directores/ organizadores de servicios/ planificadores y administradores informaron que tenían más poder de selección local. A diferencia de los directores, la mayor parte de los administradores (6 de 8) consideraron que los SILAIS participaban tanto en las decisiones del presupuesto como las de recursos humanos. Sin embargo, sólo la mitad consideraron que participaban a la par del director.

Con respecto a las preguntas abiertas, algunos Directores dijeron que no había habido un cambio real en su capacidad de tomar decisiones, pero la mayoría consideró que había habido un aumento en la capacidad de tomar decisiones en años recientes debido a capacidad técnica mejorada. Sin embargo, cuando resumieron sus opiniones acerca de la descentralización, muchos concluyeron que no existía una verdadera descentralización y que ellos necesitaban más control sobre los presupuestos, especialmente sobre fondos propios, y necesitaban más estabilidad del personal y más decisiones colegiadas.

Una de las nueve enfermeras jefes en el SILAIS mencionó que existía más descentralización del SILAIS a los municipios que del Nivel Central del MINSA a los SILAIS.



El proceso está más avanzado del SILAIS a los Municipios que del Nivel Central al SILAIS. Por ejemplo, el SILAIS ha descentralizado los insumos médicos, cada municipio hace su programación y luego lo gestiona con insumos médicos del SILAIS. La excepción de este procedimiento son los insumos de Planificación Familiar del Nivel Central al SILAIS; se mantiene igual la concentración de los recursos humanos de la nómina fiscal, pero si se puede decidir a quien se va a contratar con fondos no fiscales.

A nivel municipal, siete de los catorce directores informaron que participaban en decisiones presupuestarias, nueve dijeron que participaban en decisiones de recursos humanos y once informaron que participaron en decisiones acerca de programas de prioridad. Sus administradores, sin embargo, consideraron que tenían más poder de selección en el proceso presupuestario. Todos menos uno informaron que participaban en decisiones presupuestarias, nueve en decisiones de recursos humanos y cinco en programación de prioridades, que puede reflejar el hecho que los directores tienen un papel más importante en la programación de prioridades que los administradores. Solo un administrador dijo que podía cambiar items presupuestarios después que el presupuesto fuera aprobado.

De los ocho directores de hospitales tres dijeron que podían tomar decisiones acerca de los presupuestos, cinco acerca de los recursos humanos y todos dijeron que podían tomar decisiones acerca de los programas de prioridad.

#### Decisiones de Programas Financieros y Prioridad

En la programación del presupuesto, cuatro de los siete directores del SILAIS informaron que se involucraba al Equipo de Dirección mientras que en tres la programación del presupuesto solamente era llevada a cabo por el Director y el Administrador. Sin embargo, en respuestas abiertas existía el sentimiento que el presupuesto había sido decidido principalmente por el MINSA.

El presupuesto ya viene definido del Nivel Central, no hay nada que hacer.

La mayoría de directores del SILAIS dijeron que usaban presupuesto histórico, producción de servicios e información epidemiológica para la programación. Solo dos dijeron que la vulnerabilidad socioeconómica se usaba como criterio para la selección local.

Un SILAIS distribuyó la responsabilidad de los programas entre los miembros del Equipo de Dirección y utilizó proyectos de donantes para asistir en la elaboración de análisis:

Cada uno de los miembros de la Dirección evalúa 1 ó más proyectos para revisarlos y darles seguimiento. PROSALUD está apoyando un concepto para un análisis de costos.

Cuando se les preguntó acerca de líneas presupuestarias diferentes, todos los directores dijeron que no tenían control sobre el agua, luz, teléfono y medicinas. Tres dijeron que tomaban decisiones acerca de materiales y suministros; solo dos dijeron que controlaban los viáticos y solo uno dijo que tomaba decisiones acerca de la gasolina. Los Administradores tenían la tendencia de ponerse de acuerdo con los Directores. Sin embargo, entre los ocho administradores que manejan la mayor parte de la rutina presupuestaria, cinco creyeron que podían reasignar items de la línea presupuestaria después de que el presupuesto había sido aprobado.

Cuando se les preguntó a los Administradores que tan a menudo habían reasignado los items del presupuesto en el año anterior, las respuestas variaron considerablemente desde tres que dijeron que no podían reasignar items del presupuesto a uno que lo hacía una vez al año, uno seis veces y dos mensualmente. Ellos también reportaron diferentes totales que creyeron que podrían transferir, de ninguno hasta cientos de miles de córdobas. Uno sugirió que hay un límite del 15% del presupuesto que puede ser transferido. Esta variación puede indicar una falta de reglas claras para la transferencia de items del presupuesto.

En los municipios, la mayoría de Directores y Administradores informaron que podían tomar decisiones presupuestarias sobre viáticos, gasolina, materiales y suministros. De los ocho directores de hospitales, cuatro informaron acerca de la toma de decisiones sobre los viáticos, tres acerca del papel y uno acerca de la gasolina.

Con relación al criterio para poder hacer selecciones, la mayoría de los directores del SILAIS reportaron que usaban el presupuesto histórico, producción de servicios e información epidemiológica para el proceso de programación. Solo dos dijeron que la vulnerabilidad socioeconómica era un criterio para las selecciones locales. Cuando tenían que enfrentar reducciones del presupuesto, tres de los siete cortaron las líneas presupuestarias por el mismo porcentaje. Los otros usaron otro criterio para las reducciones del presupuesto. Habían respuestas similares en estos criterios de selección de otros miembros de los Equipos de Dirección y de los Directores Municipales. Más Directores de hospitales tenían la tendencia de tomar decisiones basadas en la práctica histórica. Siete de los ocho reportaron que tomaban decisiones basadas en la práctica histórica.

Todos los siete directores del SILAIS recibieron circulares y direcciones del MINSA “frecuentemente”. Cuatro consideraron que estos circulares tenían un impacto “fuerte” en las actividades planificadas y tres pensaron que era “moderado”. Solo dos consideraron que las direcciones y circulares no eran “razonables”. Sin embargo, nunca venían acompañados con recursos adicionales. Cinco directores pensaron que los lineamientos del MINSA para el presupuesto eran inadecuados. En comentarios abiertos los Directores del SILAIS y los Sub-Directores ampliaron sus opiniones de las circulares y directrices del MINSA:

Sí en general [las circulares y directrices] son razonables pero no son oportunas y no permiten consolidar estrategias, no concluyen procesos.

La mayoría no son razonables y no están acompañadas de explicaciones. Hay capacidad de decidir el cumplimiento o no-cumplimiento, esto depende del tipo de actividad (se cumple si son indelegables). Sí no tienen esta etiqueta delegan o justifican su no-asistencia.

No hay coordinación en el Nivel Central, ya que cada dirección frecuentemente les altera la planificación en el SILAIS. No tienen orden y afectan a muchas personas. Existe una afectación de aproximadamente el 40%, se reprograma cuando se puede, pero hay otras actividades que no se pueden reprogramar.

Igual que los Directores, los Administradores consideraron que las circulares del MINSA tuvieron un impacto importante en los programas locales, pero que estos eran razonables y que las guías presupuestarias eran adecuadas para la toma de decisiones acerca de los presupuestos. Los Sub-Directores/ Organizadores/Planificadores tenían la tendencia de ver que el impacto de las circulares sobre los programas locales era menos, con casi la mitad diciendo que el impacto era limitado o no existía.

Cuando tenían que enfrentar las reducciones del presupuesto, los Directores del SILAIS informaron que ellos buscaron el apoyo de las ONGs en sus áreas o de la cooperación externa. También se disminuyeron los porcentajes del presupuesto que eran descentralizados:

Lo primero es darle a conocer a los Directores Municipales, impulsar planes de ahorro como disminuir viáticos, de no comprar papelería y priorizar reparaciones de infraestructura o equipos como los de odontología. También se reducen actividades no programadas o que no repercuten en la salud de la población.

A nivel municipal, los funcionarios tuvieron la tendencia de considerar que las circulares y directrices eran razonables y no tan intrusas. Pocos dijeron que tenían que cambiar los planes más de unas cuantas veces debido a estos directivos. Todos los Sub-Directores/ Enfermeras Jefes informaron que habían cambiado sus planes, siete reportaron que era debido a las reducciones del presupuesto, seis que eran debido a las decisiones del Equipo de Dirección Local, cinco a las decisiones tomadas por el Director del SILAIS, y tres, a las decisiones de los donantes. Ninguno dijo que los cambios se habían hecho debido a la participación del Consejo Local.

Los Directores Municipales tuvieron la tendencia de ver que era necesario tener capacitaciones para acompañar a las circulares:

No, las circulares no son suficientes, se necesita que nos capaciten en algún tipo de gerencia financiera.

Los Directores de los Hospitales descubrieron que los directivos del MINSA eran menos efectivos. Seis de los ocho directores de hospitales reportaron que las circulares del MINSA no eran suficientes para tomar decisiones financieras.

#### Medicinas y suministros médicos

Cuatro de los ocho Funcionarios de Abastecimiento Médico dijeron que ellos decidieron distribuir los insumos médicos según un **“techo de Unidad”** en vez de los procesos de programación. El criterio por la programación se basó en una combinación epidemiológica y/o uso histórico y /o otros criterios. Cuatro informaron que el proceso de pedidos fue decidido junto con el MINSA, dos reportaron que era el Director del SILAIS quien hizo los pedidos, y uno dijo que era el Equipo de Dirección con participación extensa del Consejo Consultivo. Seis reportaron que la distribución de medicinas fue llevada a cabo según la programación municipal.

Uno describió el proceso de la siguiente manera:

El CURIM Municipal se reúne con la Responsable de Insumos Médicos del SILAIS donde se negocia la programación. Muchas veces el SILAIS cubre las necesidades de los municipios cuando hay escasez. El responsable de Insumos Médicos del SILAIS se reúne con cada CURIM y luego se elabora un solo documento para la Dirección de Normalización de Insumos Médicos del Nivel Central, con los cuales se negocia la aprobación de la solicitud en dependencia a las prioridades de los fármacos necesitados por el SILAIS. Las entregas son bimensuales. El SILAIS retira el medicamento en el CIPS y se recibe junto con Contabilidad, donde se procede a hacer los procesos de verificación de facturación y físico.

Otro detectó poca descentralización:

El 80% de los insumos están descentralizados, en lo que se refiere a la adquisición directa al CIPS, pero en la compra para suplir necesidades continúa centralizada. No es flexible el Nivel Central, mantiene el mismo techo. Los municipios lo hacen de acuerdo a su producción de servicios y criterios epidemiológicos, y luego reducen. Con relación a la adquisición directa de insumos médicos cada municipio reclama sobre los insumos recibidos conforme su programación. Ellos verifican las cantidades conforme a su programación. La compra de insumos médicos está centralizada, se ajustan al presupuesto independientemente de sus necesidades. Si no existe el producto solicitado, no tienen autorización para comprarlo en otro lado. Los cambios de medicamento solamente pueden hacer una vez por semana. Si tienen problemas con algún medicamento, lo solicitan dos municipios involucrados y luego se intercambian.

## Fondos Propios y Externos y Calidad de Servicios

Cinco de los Directores del SILAIS dijeron que la Sede tenía fondos propios y que todos tenían fondos externos de los donantes. Solo uno de los Directores consideró que la MINSA participó (junto con el Director) en las negociaciones con donantes externos para estos fondos; el resto negoció directamente o con su equipo. Cinco directores consideraron que sus fondos propios les habían permitido mejorar la calidad del servicio. Sin embargo, la mayoría opinó que el mayor mejoramiento de la calidad se derivó de fondos del presupuesto central y de los donantes.

Mientras los Administradores estaban de acuerdo con los directores del SILAIS en el asunto de fondos propios, los Sub-Directores/Organizadores/Planificadores tuvieron la tendencia de decir que los fondos externos eran un factor más fuerte que otras fuentes de financiamiento para llevar a cabo mejoras de calidad.

A nivel municipal, todos los Directores Municipales con excepción de uno reportaron que tenían fondos propios y doce informaron que se había establecido un sistema de cuota voluntaria por sus servicios y que el Director Municipal fijaba esas cuotas y decidía quien debería entregarla. Cuatro reportaron que estimaron el criterio de cuanto puede entregar la población. Solo uno reportó que usó un análisis de costo y solo uno informó que había usado ejemplos de los otros SILAIS. En cuatro casos solo el Director decidió como usar estos fondos. En otros cinco casos fue el Director y el Administrador y en cuatro fue la decisión colectiva del Equipo de Dirección. Diez tenían fondos externos de donantes y la mayoría había participado en las negociaciones. Solo dos reportaron que fue el Director del SILAIS quien negoció para conseguir fondos externos.

Un Director Municipal Típico describió el proceso de definir las cuotas voluntarias por fondos propios:

Las tarifas fueron establecidas por el Centro de Salud y se lleva la contabilidad de estos fondos a través de recibos que se le entregan a los pacientes. Todos estos fondos se depositan en la cuenta única del SILAIS y posteriormente son devueltos en dependencia a lo que el municipio necesita. Hace 2-1/2 años existían tarifas establecidas de cobro para todos los servicios y el personal adquiría un 30% de las ganancias. Por eso se eliminó y luego se llegó a un acuerdo con el Sindicato para una tarifa de C\$5.00.

Comentarios hechos por los Directores y Sub-Directores del SILAIS acerca de la negociación de fondos externos sugieren que no existe mucha negociación:

No toda la cooperación externa fue negociada (en donde participa el equipo de dirección), debido a que no todos los proyectos son iguales. Algunos definieron las líneas estratégicas en conjunto con el Equipo de Dirección y tomando como base el plan de salud. Otros solo presentan las líneas de trabajo.

Los proyectos ya tienen definidos sus inversiones, no hay injerencia, tienen definidos sus presupuestos, son verticales, pero generalmente dan salida a las necesidades del SILAIS.

Casi todos los Sub-Directores Municipales consideraron que la calidad había mejorado en sus establecimientos y que los fondos externos fueron la causa más importante de este mejoramiento. Entre los Administradores Municipales, todos menos uno reportaron que tenían tarifas locales. En todos los casos menos dos se reportó que era una decisión local y cinco reportaron tarifas determinantes basados en un cálculo de la capacidad para pagar.

#### Decisiones de Recursos Humanos

En seis de los siete SILAIS habían habido cambios con respecto a los directores de establecimientos municipales en el último año y en todos los casos el Director del SILAIS había participado en el proceso de los cambios.

A nivel municipal, nueve de los catorce Directores Municipales informaron que participaron en la toma de decisiones de recursos humanos. Cinco de los once Administradores Municipales reportaron que habían propuesto cambios en los recursos humanos y todos menos dos dijeron que las decisiones se habían tomado a nivel local.

A nivel hospitalario, la mayor parte de las decisiones acerca del personal fueron tomadas localmente por el Director solamente o actuando con el Administrador. Solamente dos reportaron que el SILAIS o MINSA había estado involucrado.

Un comentario indicativo hecho por un Director del SILAIS sugiere que el MINSA no siempre respeta el derecho del Director a participar en las decisiones de los recursos humanos:

“El Director del SILAIS no participó en todos los cambios [de recursos humanos] debido a que en dos ocasiones la decisión fue tomada a Nivel Central, sin consultar con el SILAIS. En el resto de los casos las razones fueron por solicitud de los recursos (estudio o traslado) o por mal desempeño en el cargo.”

Otros dijeron que sus decisiones de personal habían sido aprobadas o cambiadas por el MINSA.

“Fueron seleccionados por el equipo de dirección del SILAIS y se envió la propuesta a Managua, donde se ratificó.

“El Director del SILAIS envió candidatos a Managua para ser aprobados, pero fueron cambiados.”

## Conclusión acerca de las Opciones Locales de Decisión

En conclusión, la percepción de la selección local generalmente confirma la selección limitada que hemos hallado en el análisis “del espacio de decisión. Los encuestados generalmente consideraron que tenían muy poco criterio de selección sobre los presupuestos aunque algunos pensaron que ejercían control sobre algunos ítems que no forman parte del espacio formal de decisiones (como la gasolina). Parece ser que algún tipo de selección descentralizada está siendo transferido por el SILAIS a los Directores Municipales—especialmente el control de los ítems descentralizados del presupuesto, fondos propios y fondos externos de los donantes.

Los SILAIS, Directores de Hospitales y Municipios manifiestan que ejercen control local sobre los recursos humanos aunque en algunos casos las autoridades de más alto nivel han tomado estas decisiones. Casi todos reportan que existe alguna participación en las decisiones acerca de los programas prioritarios.

Como lo anterior esto sugiere que existen buenas posibilidades para expandir la selección local, especialmente si la capacidad local es mejorada.

## Participación comunitaria

En cinco de los siete SILAIS los Directores informaron que había existido un Consejo Consultivo. Solo dos todavía estaban funcionando pero no se habían reunido en los últimos seis meses y el resto nunca habían verdaderamente funcionado. Los Consejos no estaban involucrados en la toma de decisiones sobre los presupuestos, contratación, personal o servicios, aunque uno sí aprobó el POA. Los Subdirectores/Organizadores/Planificadores tuvieron la tendencia de ponerse de acuerdo. La mayoría consideró que no existía participación del Consejo Consultivo en las decisiones de los planes y recursos humanos del SILAIS aunque la mayoría pensó que el Consejo aprobaba el presupuesto local.

De manera similar, a nivel hospitalario no existía mucha participación comunitaria. Seis de los ocho Directores de Hospitales informaron que tenían un Consejo Consultivo pero solo dos reportaron que estaba funcionando actualmente. Dos reportaron que el Consejo había dejado de funcionar dentro de los últimos seis meses. Se informó que los dos Consejos que funcionaban participaban en la toma de decisiones acerca de los POA, la contratación y recursos humanos. En las preguntas abiertas los Directores dijeron que la gente no sabía cuál era el papel de los Consejos, que los miembros del Consejo necesitaban alguna capacitación, que la selección de los miembros era inadecuada y que era difícil organizar reuniones de los miembros. A nivel municipal, la participación era mejor .. casi todos (12) los Directores Municipales informaron que funcionaba un Consejo Consultivo. En nueve de los casos el Consejo participó en los planes del POA y de emergencia, pero el Consejo solo participó en una de las decisiones presupuestarias.

Los directores tuvieron la tendencia de ver nuevas relaciones con las alcaldías y entre los SILAIS y los hospitales aunque las reuniones raras veces eran de carácter rutinario. Tres

de los siete Directores de los SILAIS consideraron que las relaciones con los alcaldes eran “muy buenas” y el resto pensaron que eran “buenas”. Cuatro consideraron que sus relaciones con los hospitales eran “excelentes o buenas” y tres pensaron que eran de carácter “regular”. Cuatro se reunían regularmente con los Directores de Hospitales.

Siete de los ocho Directores de los Hospitales informaron que sus relaciones con los SILAIS eran de buenas a excelentes. Solo dos informaron que se reunían regularmente con los Directores de los SILAIS, cinco reportaron tener de buenas a muy buenas relaciones con las alcaldías. Sin embargo, pocos se reunían con las alcaldías.

### Alcaldías

Entrevistamos a doce alcaldes, casi dos en cada uno de nuestros ocho SILAIS. En casi todas las alcaldías dijeron que tenían algún tipo de junta, Consejo o Comité Municipal para las actividades de salud. Estas juntas tomaban decisiones de contratación y presupuestos en once municipalidades. En nueve comunidades, las juntas tomaron decisiones acerca de los planes operacionales para la salud. El proceso de selección para estas juntas y la manera en la cual se organizaron en Comités con responsabilidades de salud varió entre la muestra; algunos fueron seleccionados por medio de un procedimiento formal de representantes de instituciones locales y ONG'S y otros por medio de las elecciones. Otras municipalidades eran menos formales, con reuniones organizadas por el alcalde y la participación basada en los voluntarios que aparecieron. Algunas tenían Comités formales de Salud mientras otras tenían menos estructura y crearon Comités ad hoc cuando era necesario.

Mientras todas las Alcaldías tenían Planes Municipales, todas menos dos incluyeron el componente de salud en esos planes y de manera similar solo en uno de cinco participaron los Directores de Salud Municipales en los ejercicios de Planificación Municipal. De manera similar solo cinco tenían la participación del Consejo Municipal en el proceso de la planificación de la salud, y solo seis involucraron a los líderes locales de la comunidad. Sin embargo, en todas las municipalidades, el Director del Hospital si participó y en casi todos (10) el Director del SILAIS participó.

Indigamos con los Alcaldes su deseo de tener más control municipal sobre los servicios de la salud. En la mitad de las alcaldías ya estaban usando fondos locales además de fondos de nivel nacional para la salud. Mientras unos cuantos mencionaron que sus relaciones con el centro de salud eran buenas y que el SILAIS estaba desempeñando su trabajo con escasos recursos, la mayoría de alcaldes dijo que ellos harían más para proporcionar servicios mejorados, especialmente para poder llegar a las áreas mas aisladas. Harían más en áreas tradicionales de prevención y sanidad, pero al mismo tiempo también mejorarían las instalaciones físicas y proporcionarían medicinas.

Todas las municipalidades plantearon que sería difícil reasignar fondos para la salud porque éstos ya están comprometidos o restringidos por normas de asignación externa. Por ejemplo, un alcalde dijo:



Actualmente la Alcaldía le transfiere el 3% del presupuesto al sector salud con la finalidad de ayudar en el traslado de pacientes, compra de medicamentos y combustible. Existe la posibilidad de ayudar con un 2% adicional que se obtendría de los impuestos tributarios, siempre y cuando éste sea aprobado por el Consejo Municipal. Es difícil reasignar recursos de otras fuentes al sector salud, como por ejemplo INIFOM, Proyectos de la Alcaldía por cooperación externa, y educación, ya que todos esos fondos están destinados para actividades específicas y no se pueden reasignar.

Solo un alcalde sugirió que existían fuentes adicionales que pudieran ser asignados a la salud:

No es difícil, aunque depende de las condiciones económicas que existen. Actualmente la captación de impuestos es bajo, se están organizando en la Alcaldía para mejorar la captación de los impuestos. En el futuro, cuando se incrementen las recaudaciones, podría considerarse. A la Alcaldía le gustaría apoyar más al sector salud, siempre y cuando pudiera controlarlo. Actualmente los apoyamos con combustible para actividades específicas.

Mientras nueve de los alcaldes dijeron que actualmente no era posible asignar un presupuesto o recursos humanos a la salud, cuatro de ellos fueron más positivos y sugirieron que con responsabilidad adicional y con la aprobación del Consejo Municipal ellos podrían hallar los fondos.

#### Conclusiones Acerca de la Participación Comunitaria

Hay poca evidencia que exista mucha participación comunitaria ya sea de manera formal y rutinaria en cualquier nivel. Parece ser que los Consejos que fueron formados han sido abandonados y solamente un pequeño número de los encuestados dijeron que estaban involucrados activamente más allá de la etapa inicial de la planificación.

Los Alcaldes sugieren que existe un proceso general de participación local en la planificación del sector de la salud y que algunos gobiernos municipales ya están proporcionando apoyo financiero limitado a las actividades de la salud. Mientras todos deseaban tener un papel mayor en el sector de la salud, les era difícil pensar en que tenían que recaudar financiamiento adicional para enfrentar las nuevas responsabilidades.

Es probable que sea necesario transferir antes porcentajes más grandes del presupuesto, para que a su vez se de el financiamiento del gobierno central a las municipalidades, para que a su vez se vea un aumento significativo del gobierno local al sector de la salud. Con un promedio de 73 córdobas per cápita de presupuestos municipales no parece ser que exista la posibilidad de obtener fondos de algunos de los presupuestos municipales para la salud.

## Discusión

No existen modelos ideales de descentralización. Cada país tiene que desarrollar su propio enfoque, de tal manera que los objetivos de equidad, eficiencia, calidad y viabilidad financiera se puedan lograr. Este estudio de descentralización en Nicaragua muestra algunos logros y problemas en el sistema actual de salud. Los estudios también muestran algunos potenciales para mejorar el sistema de salud por medio de procedimientos como las “formulas basadas en necesidades” y por la expansión de algunas opciones de decisión (“espacio de decisión”) al nivel de los SILAIS y los municipios.

El mapa de espacio de decisión actual a nivel de los SILAIS sugiere que los funcionarios de estas entidades tienen capacidad de decisión moderada sobre gastos financiados con fondos del gobierno, sobre los ingresos de fondos propios y sobre cuotas recolectadas en las Unidades de Salud. También tienen decisión moderada sobre la asignación y transferencia de los recursos humanos y la participación de la comunidad. Otros países descentralizados en Latinoamérica han tenido mayor poder de decisión, lo que sugiere que el rango de decisión en Nicaragua podría ser ampliado – especialmente para funciones financieras – sin mucho riesgo de ceder demasiado control.

Los datos cuantitativos muestran que Nicaragua tiene un gasto público per cápita en salud relativamente bajo comparado con otros países de bajos ingresos con un sector privado pequeño. Existen argumentos positivos a favor de que el presupuesto nacional de salud debería ser aumentado si se quiere demostrar que salud es una prioridad nacional.

También existe una inequidad que prevalece entre los SILAIS en la asignación de los recursos destinados para atención primaria de primer nivel. El rango de la diferencia es hasta cuatro veces, y si excluimos al RAAN y la RAAS, que son casos especiales de baja densidad poblacional y prioridad política, el rango de diferencia sigue siendo de dos veces. Existe una inequidad similar en asignaciones hospitalarias y las Sedes de los SILAIS.

Es probable que las asignaciones para atención primaria sean relacionadas estrechamente con el tamaño de la población porque en Nicaragua, las diferencias entre factores demográficos, incidencia de enfermedades, y socio-económicos entre poblaciones de los SILAIS no tendrán mayor impacto sobre las necesidades de las Unidades de Salud de atención primaria. Sin embargo, estas desigualdades podrían ser disminuidas por medio del uso de una fórmula basada en necesidades, la cual tendría el tamaño poblacional como factor principal y otros factores en la fórmula podrían ser ponderados. Asignaciones hospitalarias son más complicadas, ya que éstos tradicionalmente sirven a poblaciones diferentes que los que rodean a los SILAIS, y ofrecen diferentes niveles y tipos de atención. Las inequidades en las asignaciones hospitalarias deberán ser enfrentadas con otro tipo de fórmula que toma en cuenta estas diferencias. Las diferencias encontradas entre gastos de las Sedes deberán ser examinadas caso por caso para ver si son justificadas por las diferentes actividades o necesidades de cada uno.

De interés especial es el nivel bajo y decreciente de la recolección de fondos propios. Este fenómeno se puede explicar parcialmente por la política general que prohíbe la recolección de cobros obligatorios, lo que resulta en que la mayoría de las Unidades de Salud recolectan “donaciones voluntarias” y no son promovidas a incrementar esta forma de movilizar recursos adicionales. También, es el resultado de un procedimiento denominado la “caja única” que requiere que todos los fondos de este tipo sean depositados en una cuenta central y solo son devueltas al nivel local hasta después de que los gastos planificados son aprobados por las autoridades. Es probable que mayores cantidades de fondos podrían ser generadas si se emitiera una política nacional que de lineamientos sobre un rango de precios posibles y si los fondos recolectados fueran depositados localmente y utilizados sin aprobación previa. Preocupaciones referente a tarifas como barreras de acceso a servicios podrían ser enfrentadas con una política nacional clara con precios módicos y alcanzables para servicios básicos y para una prueba sencilla que mide capacidad de pago de cantidades mayores.

Otra preocupación importante surgió con el hallazgo de fondos externos no solo eran inequitativos, sino que también estaban exagerando las inequidades existentes. Esto sugiere la necesidad de tomar medidas diferentes para la asignación de estos fondos. La asignación de fondos externos debería apoyar las asignaciones efectuadas con la fórmula basada en necesidades, o utilizando la misma fórmula o por medio de la asignación de los fondos externos para incrementar el financiamiento en aquellos SILAIS que tienen gastos per cápita bajos. Un problema que existe con esta medida es de convencer a los donantes que se debe seguir esta metodología para fijar las prioridades para sus fondos. Sin embargo, si esto fuera logrado, la reasignación de fondos externos permitiría que el gobierno tuviera que reducir los presupuestos nacionales para los SILAIS que actualmente están recibiendo más que lo que podrían recibir con una fórmula basada en necesidad. Los fondos externos, entonces, serían asignados a aquellos SILAIS que recibirían más si se utilizara la fórmula.

Existe alguna evidencia que permitiendo mayor decisión a nivel de los SILAIS por lo menos no se han incrementado las desigualdades e ineficiencias. Encontramos que los SILAIS con mayor control sobre sus presupuestos tienden a hacer asignaciones más equitativas entre los municipios dentro de su área, y eran más capaces de cubrir sus poblaciones objetivos con inmunizaciones, con relación al financiamiento per cápita. Estos datos no muestran que la descentralización causa más inequidad o ineficiencia, porque no se conoce como era la situación antes de la descentralización. Pero por lo menos, se vio que mayor control presupuestario no redujo la equidad o eficiencia y puede ser éste el factor que permitió el logro de estos objetivos. Esta evidencia también subraya el posible impacto positivo del incremento del poder local de decisión, por medio del incremento del “espacio de decisión” sobre gastos.

La encuesta demostró algunos hallazgos importantes de preocupación. Hay evidencia de una rotación significativa del personal, especialmente entre los directores de hospital y municipios. El hallazgo sorprendente, sin embargo, fue que los Directores de los SILAIS y los Equipos de Dirección, tanto en los SILAIS como en los municipios, eran relativamente estables. Esto sugiere que el problema de rotación, por lo menos para las

plazas directivas, puede ser específico a los directores de hospital y municipales, y no es un fenómeno generalizado. Esto sugiere que una política que promueva la permanencia de los directores en sus puestos por períodos no menos de 3 años podría reducir el problema. Esta política podría ser apoyada por medio del desarrollo de procedimientos como contratos internos con los directores o por una política nacional de recursos humanos emitida por el Ministerio de Salud.

La encuesta encontró poca capacitación formal en áreas claves de finanzas y administración en los Equipos de Dirección, tanto a nivel de SILAIS y de municipios. Los administradores tenían capacitación en estas áreas, pero los Directores, Sub-directores, Planificadores y Enfermeras Jefes no lo tenían. Si se le asignaran responsabilidades adicionales a estos equipos, deberán mejorar sus capacidades en las áreas de finanzas, gerencia general y de recursos humanos y en administración general. Es claro, sin embargo, que la capacitación debería acompañar el proceso de expansión del espacio de decisión en estas áreas, y no esperar hasta tener la capacidad para expandir las opciones de decisión. La capacitación puede ser subutilizada si los capacitandos no reciben nuevas responsabilidades al mismo tiempo que están recibiendo la capacitación. Como los SILAIS actualmente tienen responsabilidades significativas en lo que respecta a recursos humanos, sería importante desarrollar programas inmediatos relacionados con esta área.

Es probable que programas de capacitación del modelo ejecutivo serían los más apropiados para los Equipos de Dirección. Estos programas podrían ser diseñados en tal forma que todos los miembros de un Equipo de Dirección puedan entrar a la capacitación al mismo tiempo. El programa podría consistir en un período intensivo de una o dos semanas, seguido por un proyecto práctico que el Equipo tendrá que completar en un periodo de 3 a 6 meses, con un posible intercambio de informes y comentario por los docentes en ese período. Entonces, habría otro período de capacitación intensivo de algunas semanas para revisar y refrescar el material, y para revisar los proyectos prácticos. Posiblemente grupos de dos o tres equipos de SILAIS podrían ser capacitados juntos. Esta es una de muchas opciones de capacitación ejecutiva que se pueden considerar.

En nuestro análisis de las alcaldías encontramos que tienen alguna experiencia en el manejo de sus propios recursos, que los consejos y juntas proporcionaban maneras de participación comunitaria más extensas que en los SILAIS, y que los municipios estaban interesados en tener un papel mayor en la prestación de servicios y en actividades de prevención y promoción. En nuestra valoración de los recursos disponibles a los municipios, encontramos que el promedio per cápita ingreso era casi un tercio más grande que la asignación per cápita asignada a salud. Esta comparación de manera general sugiere que algunos municipios tienen suficientes recursos y experiencia en el manejo de esos recursos para poder asumir responsabilidades adicionales en el campo de salud. Esto implica una “devolución” de responsabilidades a las alcaldías, con “espacios de decisión” específicos para las funciones diferentes. A cambio de esta nueva responsabilidad, se esperaría que los municipios asignaran parte de sus propios recursos a salud. Es probable que solo los municipios con mayores recursos estarían en condiciones

de poder financiar actividades de salud, así que una política de devolución probablemente solo involucraría los 51 municipios que tienen ingresos arriba del promedio.

## Recomendaciones

**Existen buenos argumentos a favor de la expansión del “espacio de decisión” para los niveles de los SILAIS y municipios en el sistema de salud. Mayor control sobre las fuentes de presupuesto, tarifas y gastos deberían ser considerados en políticas futuras de descentralización.** Encontramos evidencia que los SILAIS con mayor control de sus presupuestos tienden a asignar sus recursos con más equidad entre sus municipios, lo que sugiere que incrementando **la decisión local puede mejorar la equidad.** También encontramos que niveles mayores de presupuestos descentralizados estaban relacionados con niveles más altos de vacunación, lo que sugiere que el **control local puede mejorar la eficiencia de programas prioritarios.**

**El gasto per cápita bajo en salud pública en Nicaragua y el hecho que áreas con niveles de gastos más altos tienen niveles más altos de utilización, sugiere que el financiamiento público en salud podría incrementarse y la utilización de servicios también probablemente incrementaría.**

**Nicaragua debería considerar la aplicación de una “fórmula basada en necesidades” para la asignación de recursos de atención primaria a los SILAIS, para mejorar la equidad de los recursos en los SILAIS. Una fórmula similar debería ser diseñada para la asignación de los recursos a hospitales y a las Sedes de los SILAIS.**

**Los fondos externos deberán ser reasignados para que compensen las inequidades en las asignaciones actuales, en vez de incrementarlas. Podrían ser utilizados para aumentar el financiamiento en los SILAIS de bajo per cápita, a fin de que el proceso de implementación de la fórmula no implique la reducción del presupuesto nacional para los SILAIS de alto per cápita.**

**Los fondos propios, obtenidos a través de cuotas voluntaris y donaciones, deberían ser promovidos por medio de una política nacional que permita un rango de tarifas y el uso de una prueba de capacidad de pago para aquellos que pueden pagar más por sus servicios. Sería aconsejable reemplazar el sistema de “caja única”, permitiendo que los fondos recolectados se puedan depositar localmente y gastados sin aprobación previa.**

**Un programa de capacitación ejecutivo en las áreas de finanzas y administración deberá ser desarrollado para los Equipos de Dirección, a fin de mejorar la capacidad de decisión local en finanzas, manejo de recursos humanos y en administración general.**

**Una política nacional puede ser implementada para que requiere que Directores de hospitales y Directores Municipales de Salud permanezcan en sus puestos por un periodo no menor de 3 años. Un procedimiento de contratos internos podría hacer viable esta política.**

**Nicaragua debería considerar la posibilidad de devolver algunas responsabilidades en el campo de salud a los municipios con mayores recursos – aquellos con ingresos mayores que el promedio.**

## Bibliografía

- Bossert, T., Hsiao, W., Barrera, M., Alarcon, L., Leo, M., & Casares, C. (1998) Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning* 13(1): 59-77.
- Bossert, Thomas. (1998) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-1527.
- Bossert, Thomas. (1998) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-1527.
- Curtis, Emma. (1998) Child Health and the International Monetary Fund: the Nicaraguan Experience. *The Lancet*: Vol 352(9140). November 14:1622-1624.
- Demographic and Health Surveys. (1998) Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud.
- Encuesta Nacional de Hogares sobre Medicion de Niveles de Vida (1998).
- Espinoza Ferrando, Jaime. (1997) Nicaragua: La Decentralización de los Servicios de Salud. United Nations.
- Fiedler, John L. (1996) The Efficiency, Financing, and Role of the Ministry of Health of Nicaragua: A Retrospective and Prospective Analysis. *Social Sectors Development Strategies*.
- Garfield, Richard, Nicola Low, and Julio Caldera. (1993) Decentralizing Health Care in a Developing Country. *JAMA*, Volume 270(8).Aug 25: 989-993.
- Instituto Nicaraguense de Fomento Municipal. (1995) Propuesta de Clasificación de Managua, Nicaragua.
- MECOVI, SETEC, INEC, FISE, World Bank. (2000) Mapa de Pobreza de Nicaragua. Municipalidades de Nicaragua. Proyecto NIC/95/017.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Normas de Ejecución y Control Presupuestaria para el Año 2000. *Dirección General de Presupuesto*.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (1995-1999) Estadísticas de Servicios.
- Ministerio de Salud. (1999-2000) Presupuesto del Ministerio de Salud por Silais, Municipio, y Hospital.



Republica de Nicaragua. (1998-2002) *Programa de Modernización del Sector Salud*.

Republica de Nicaragua. (2000) *Ejecución Presupuestaria*. Managua, Nicaragua.

Sandiford, Peter. *Does decentralisation improve health system performance? Do the policy-makers care?* London: Institute for Health Sector Development.

World Bank. (2000) *World Development Indicators*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

## Anexo A

Espacio Comparativo de Decisiones: Rango Actuales de Decisión para Chile, Colombia y Bolivia.

Funciones	Amplitud de Decisión		
	Estrecho	Moderado	Amplio
Financiamiento			
Fuentes de ingreso		Colombia Chile Bolivia	
Gastos		Colombia Chile Bolivia	
Ingreso por Cobros	Chile Bolivia	Colombia	
Organización de servicio			
Hospital Autonomía	Colombia Chile	Bolivia	
Planes de Seguros	Colombia Chile Bolivia		
Mecanismos de Pago		Colombia Chile Bolivia	
Programas y Normas Requeridos	Colombia Chile Bolivia		
Programas Verticales, Suministros y Logística		Colombia Chile Bolivia	
Recurso Humanos			
Salarios	Colombia Chile Bolivia		
Contratos		Colombia Bolivia	Chile
Funcionarios Públicos	Colombia Chile Bolivia		
Reglas de Acceso	Colombia Chile Bolivia		
Dirección			
Contabilidad Local			Colombia Chile Bolivia
Juntas de Establecimientos	Colombia Bolivia	Chile	
Oficinas de Salud	Colombia Bolivia	Chile	
Participación Comunitaria	Bolivia		Colombia Chile
Espacio Total de Decisiones			
Colombia			
Chile	8	5	2
Bolivia	7	5	3
	9	5	1

## Anexo B

Tabla 1. Chile: Gastos de Atención Primaria en Salud por Beneficiario (1996) por Decíl de Ingresos Municipales.

DECILES	GASTOS TOTALES	CONTRIBUCION DEL GOBIERNO CENTRAL	CONTRIBUCION LOCAL
1 (LOS MÁS POBRES)	14,479.5	10,570.9	3,681.6
2	12,160.8	9,219.7	2,748.1
3	12,205.0	8,701.8	3,543.9
4	12,678.5	9,241.7	3,325.9
5	11,608.2	8,303.1	3,221.5
6	12,286.3	8,178.3	3,754.6
7	13,826.3	9,598.2	3,889.8
8	11,677.5	8,367.7	3,158.2
9	12,231.0	8,638.7	3,121.4
10 (LOS MÁS RICOS)	23,496.0	9,479.2	12,808.8

Fuente: Preparado sobre la base de información de Subdere

\*Nota: Promedios de Deciles de Ingresos Municipales.

Tabla 2. Colombia: Promedio de Ingresos Externos y Propios Per cápita por Decil de Ingresos Municipales

DECILES	1994		1995		1996		1997	
	EXTERNOS	PROPIOS	EXTERNOS	PROPIOS	EXTERNOS	PROPIOS	EXTERNOS	PROPIOS
1 POBRES	7.1	0.2	10.9	0.2	22.4	0.9	54.6	2.1
2	10.7	0.5	12.0	0.8	22.8	1.2	56.2	2.9
3	10.5	1.2	15.3	1.4	25.4	3.2	59.1	7.1
4	14.8	2.2	19.4	2.4	26.6	4.7	54.4	9.6
5	16.9	2.6	24.3	4.3	28.8	7.6	62.4	13.9
6	28.1	4.1	27.1	6.0	38.0	12.8	60.0	18.1
7	24.5	4.1	36.0	7.9	47.2	14.7	67.3	20.3
8	25.7	4.1	41.6	8.0	45.8	13.4	67.3	21.2
9	37.8	6.7	52.4	10.0	56.0	18.1	64.7	23.4
10 RICOS	43.4	8.3	58.7	14.0	52.7	21.2	64.6	25.0
PROMEDIO	21.9	3.4	29.7	5.4	36.6	9.8	61.1	14.4
10 <sup>o</sup> /1o.	6.11	41.5	5.38	70.0	2.35	23.55	1.18	11.9

FUENTE: MINSAs

## Anexo C

### Tablas Adicionales de Nicaragua

Tabla 1: Gastos Ambulatorios Per cápita por SILAIS por Ingresos

SILAIS	Centralizado				Descentralizado		Total
	Servicios Personales	Transferencias Corrientes	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	30.80	3.25	2.23	15.19	1.78	4.26	57.52
Jinotega	31.63	2.46	0.85	8.12	1.10	8.00	52.17
Boaco	42.78	1.71	1.99	8.37	5.16	2.45	62.46
RAAN	*	*	*	*	*	*	*
Madriz	27.43	3.08	1.27	11.62	2.71	4.67	50.78
Matagalpa	33.65	2.79	0.98	16.47	1.64	2.01	57.53
Masaya	25.84	*	1.88	9.65	1.11	1.87	40.35
Río San Juan	45.64	*	1.08	0.60	4.46	3.44	55.23
Carazo	37.35	*	1.40	5.02	1.76	2.04	47.58
Rivas	51.35	*	0.24	0.87	2.18	1.49	56.13
Nueva Segovia	55.70	2.07	2.09	1.14	1.45	3.45	65.90
Chinandega	53.66	*	0.01	0.20	1.26	1.73	56.86
Estelí	40.64	*	2.31	11.17	1.90	2.62	58.64
León	66.84	*	2.58	12.28	1.06	1.57	84.33
RAAS	63.01	7.14	1.10	26.96	3.08	3.64	104.92
Granada	22.27	0.98	1.11	5.50	1.66	1.58	33.10
Managua(más altos ingresos per cápita)	40.32	*	3.34	7.27	2.23	1.10	54.26
Promedio	41.81	2.94	1.53	8.78	2.16	2.87	58.61
Coeficiente de Correlación a nivel Municipio	R=0.0898 P=0.3097 N=130	R= 0.1815 P=0.1690 N=59	R= 0.0895 P= 0.3479 N=112	<b>R= -0.1365</b> <b>P= 0.1229</b> <b>N=129</b>	<b>R= 0.1205</b> <b>P= 0.1686</b> <b>N=132</b>	R= 0.0096 P= 0.9127 N=132	R= 0.0657 P= 0.4542 N=132
Coeficiente de Correlación a nivel SILAIS	R=0.1722 P=0.5237 N=16	R=0.2665 P=0.5235 N=8	<b>R= 0.4882</b> <b>P= 0.0550</b> <b>N=16</b>	R= -0.0033 P= 0.9903 N=16	R= -0.0796 P= 0.7694 N=16	<b>R= -0.4391</b> <b>P= 0.0888</b> <b>N=16</b>	R= 0.0921 P= 0.7344 N=16

\*Información no disponible.

Tabla 2: Gastos Ambulatorios Per cápita por SILAIS por ingreso 2000

SILAIS	Fondos Centralizados / capita	Fondos Descentralizados/capita	Fondos Totales / capita
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	51.48	6.04	57.52
Jinotega	43.07	9.10	52.17
Boaco	54.85	7.61	62.46
RAAN	*	*	*
Madriz	43.40	7.37	50.78
Matagalpa	53.88	3.65	57.53
Masaya	37.37	2.99	40.35
Río San Juan	47.32	7.90	55.23
Carazo	43.77	3.81	47.58
Rivas	52.46	3.67	56.13
Nueva Segovia	61.01	4.90	65.90
Chinandega	53.86	3.00	56.86
Estelí	54.12	4.52	58.64
León	81.70	2.63	84.33
RAAS	98.21	6.71	104.92
Granada	29.87	3.24	33.10
Managua(más altos ingresos per cápita)	50.94	3.32	54.26
Promedio	53.58	5.03	58.61
Coeficiente de Correlación a nivel Municipio	R= 0.0598 P= 0.4961 N=132	R= 0.0797 P= 0.3638 N=132	R= 0.0657 P= 0.4542 N=132
Coeficiente de Correlación a nivel SILAIS	R= 0.1455 P= 0.5909 N=16	<b>R= -0.4063</b> <b>P= 0.1184</b> <b>N=16</b>	R= 0.0921 P= 0.7344 N=16

Tabla 3. Gastos Hospitalarios Per cápita por SILAIS por Ingresos 2000

SILAIS	Centralizado			Descentralizado		Total**
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	35.22	8.42	8.92	0.35	4.84	57.74
Jinotega	30.63	2.43	8.09	0.06	3.40	45.40
Boaco	30.76	4.73	10.08	0.27	3.82	49.65
RAAN	34.63	3.51	8.69	0.43	5.13	53.76
Madriz	45.77	4.09	9.53	1.90	7.75	69.05
Matagalpa	25.10	3.99	7.07	0.29	4.24	41.09
Masaya	39.10	10.24	8.76	0.52	5.12	64.70
Río San Juan	51.77	7.38	9.60	2.89	6.09	77.74
Carazo	79.94	5.91	19.03	0.67	12.44	119.21
Rivas	61.19	12.12	19.00	0.33	7.99	102.56
Nueva Segovia	35.47	2.12	9.16	0.19	3.26	50.56
Chinandega	52.23	8.15	10.85	0.30	7.56	79.09
Estelí	78.25	8.00	14.32	0.75	14.68	118.25
León	61.46	12.09	20.15	0.21	10.36	107.15
RAAS	71.10	9.48	18.93	1.95	10.57	112.04
Granada	61.62	4.80	14.91	0.00	6.95	90.21
Managua(más altos ingresos per cápita)	85.66	23.21	26.99	1.86	16.15	156.51
Promedio	51.75	7.69	13.18	0.76	7.66	82.04
Coeficiente de Correlación	<b>R= 0.6831</b> <b>P= 0.0025</b>	<b>R= 0.7963</b> <b>P= 0.0001</b>	<b>R= 0.7987</b> <b>P=0.0001</b>	R= 0.3032 P= 0.2367	<b>R= 0.7088</b> <b>P= 0.0014</b>	<b>R= 0.7737</b> <b>P= 0.0003</b>

\*\*El total incluye el rubro Transferencias Corrientes

Tabla sobre el tamaño de la población de SILAIS

Tabla 4. Fondos Ponderados per cápita para Servicios Ambulatorios para Municipios (Presentados en Promedios a nivel SILAIS) para el Año 2000 por Población de SILAIS

SILAIS	Centralizado			Descentralizado		Total
	Servicios Personales	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	Servicios No Personales	Materiales y Suministros	
Río San Juan (más pequeña población)	45.64	1.08	0.60	4.46	3.44	55.23
RAAS	63.01	1.10	26.96	3.08	3.64	104.92
Madriz	27.43	1.27	11.62	2.71	4.67	50.78
Boaco	42.78	1.99	8.37	5.16	2.45	62.46
Rivas	51.35	0.24	0.87	2.18	1.49	56.13
Carazo	37.35	1.40	5.02	1.76	2.04	47.58
Nueva Segovia	55.70	2.09	1.14	1.45	3.45	65.90
RAAN	*	*	*	*	*	*
Granada	22.27	1.11	5.50	1.66	1.58	33.10
Estelí	40.64	2.31	11.17	1.90	2.62	58.64
Chontales	30.80	2.23	15.19	1.78	4.26	57.52
Masaya	25.84	1.88	9.65	1.11	1.87	40.35
Jinotega	31.63	0.85	8.12	1.10	8.00	52.17
Leon	66.84	2.58	12.28	1.06	1.57	84.33
Chinandega	53.66	0.00	0.20	1.26	1.73	56.86
Matagalpa	33.65	0.98	16.47	1.64	2.01	57.53
Managua(más alta población)	40.32	3.34	7.27	2.23	1.10	54.26
Promedio	41.81	1.53	8.78	2.16	2.87	58.61
Coeficiente de Correlación a nivel Municipio	<b>R= -0.1487</b> <b>P= 0.0901</b> <b>N=131</b>	R= 0.0782 P= 0.4102 N=113	R= -0.0706 P= 0.4250 N=130	<b>R= -0.1368</b> <b>P= 0.1164</b> <b>N=133</b>	<b>R= -0.1636</b> <b>P= 0.0599</b> <b>N=133</b>	<b>R= -0.1702</b> <b>P= 0.0502</b> <b>N=133</b>
Coeficiente de Correlación a nivel SILAIS	R= -0.0410 P= 0.8801 N=16	<b>R= 0.4717</b> <b>P= 0.0651</b> <b>N=16</b>	R= 0.0115 P= 0.9663 N=16	R= -0.2482 P= 0.3539 N=16	<b>R= -0.3128</b> <b>P= 0.2382</b> <b>N=16</b>	R= -0.0812 P= 0.7651 N=16

\*Datos faltantes.

Tablas sobre Quintiles del Tamaño de Las Poblaciones por Atención Medica Ambulatoria per cápita.  
Gastos

Tabla 5. Los Fondos **Totales** Ambulatorios per cápita por Quintiles de población

Quintiles de Población	1999	2000
1 <sup>st</sup> (más pequeño)	92.85	84.46
2 <sup>nd</sup>	80.35	85.01
3 <sup>rd</sup>	73.14	70.45
4 <sup>th</sup>	63.98	62.33
5 <sup>th</sup> (más grande)	52.93	52.43
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.57	0.62
Coefficiente de Correlación	<b>-0.1871</b>	<b>-0.1702</b>
Valor de significado	<b>0.0310</b>	<b>0.0502</b>
Promedio	72.80	71.08
N	133	133

Tabla 6. Los Fondos **Descentralizados** de los Servicios No Personales y Materiales y Suministros per cápita por Quintiles de población

Quintiles de Población	1999	2000
1 <sup>st</sup> (más pequeño)	9.47	8.51
2 <sup>nd</sup>	7.19	7.16
3 <sup>rd</sup>	5.68	5.24
4 <sup>th</sup>	4.88	4.24
5 <sup>th</sup> (más grande)	3.99	4.55
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.42	0.53
Coefficiente de Correlación	<b>-0.2049</b>	<b>-0.1991</b>
Valor de significado	<b>0.0180</b>	<b>0.0216</b>
Promedio	6.27	5.95
N	133	133

Tabla 7. Fondos **Centralizados** Totales per cápita por Quintiles de población

Quintiles de Población	1999	2000
1 <sup>st</sup> (más pequeño)	83.37	75.95
2 <sup>nd</sup>	73.16	77.86
3 <sup>rd</sup>	67.46	65.22
4 <sup>th</sup>	59.10	58.09
5 <sup>th</sup> (más grande)	48.95	47.88
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.59	0.63
Coefficiente de Correlación	<b>-0.1746</b>	<b>-0.1556</b>
Valor de significado	<b>0.0444</b>	<b>0.0737</b>
Promedio	66.53	65.13
N	133	133

Tablas de Ingresos Municipales por Cuidado Medico Ambulatorio Per cápita



Tabla 8. Los Fondos **Totales** Ambulatorios per cápita por Quintiles de ingresos per cápita

Quintiles de Ingresos per cápita	1999	2000
1 <sup>st</sup> (menos ingresos per cápita)	77.81	76.57
2 <sup>nd</sup>	59.61	57.11
3 <sup>rd</sup>	74.53	76.33
4 <sup>th</sup>	76.25	71.64
5 <sup>th</sup> (más ingresos per cápita)	75.17	72.78
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.97	0.95
Coefficiente de Correlación	0.0491	0.0657
Valor de significado	0.5765	0.4542
Promedio	72.80	71.08
N	133	132

Tabla 9. Los Fondos **Descentralizados** de los Servicios No Personales y Materiales y Suministros per cápita por Quintiles de ingresos per cápita

Quintiles de Ingresos per cápita	1999	2000
1 <sup>st</sup> (menos ingresos per cápita)	7.83	6.64
2 <sup>nd</sup>	4.73	5.11
3 <sup>rd</sup>	5.79	5.48
4 <sup>th</sup>	6.73	7.13
5 <sup>th</sup> (más ingresos per cápita)	6.10	5.36
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.78	0.81
Coefficiente de Correlación	0.1003	0.0797
Valor de significado	0.2524	0.3638
Promedio	6.27	5.95
N	132	132

Tabla 10. Fondos **Centralizados** Totales per cápita por Quintiles de ingresos per cápita

Quintiles de Ingresos per cápita	1999	2000
1 <sup>st</sup> (menos ingresos per cápita)	69.98	69.94
2 <sup>nd</sup>	54.87	51.99
3 <sup>rd</sup>	68.74	70.85
4 <sup>th</sup>	69.51	64.51
5 <sup>th</sup> (más ingresos per cápita)	69.07	67.41
5 <sup>th</sup> /1 <sup>st</sup>	0.99	0.96
Coefficiente de Correlación	0.0402	<b>0.0598</b>
Valor de significado	0.6471	<b>0.4961</b>
Promedio	66.53	65.13
N	132	131

## Tablas de Fondos Propios y Externos

Tabla 11. Fondos Propios per cápita para los SILAIS para el Año 1999 por Ingresos per cápita de SILAIS

SILAI	Propios / capita	Externos/capita	Total / capita
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	2.78	27.32	30.11
Jinotega	3.26	8.07	11.32
Boaco	4.06	6.77	10.83
RAAN	3.00	15.64	18.64
Madriz	1.15	60.35	61.50
Matagalpa	7.36	5.03	12.39
Masaya	9.96	1.98	11.93
Río San Juan	1.10	11.51	12.61
Carazo	11.40	*	11.40
Rivas	4.10	3.42	7.51
Nueva Segovia	2.96	21.00	23.96
Chinandega	11.44	6.18	17.62
Estelí	3.14	10.81	13.95
León	7.16	3.56	10.71
RAAS	3.99	25.71	29.71
Granada	3.13	4.43	7.56
Managua(más altos ingresos per cápita)	1.22	5.85	7.07
Promedio	4.78	13.60	17.58
Coefficiente de correlación	R= -0.1907 P= 0.4634	R= -0.1961 P= 0.4668	R= -0.2450 P= 0.3432

Tabla 12. Fondos Propios per cápita para los SILAIS para el Año 2000 por Ingresos per cápita de SILAIS

SILAI	Propios / capita	Externos/capita	Total / capita
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	3.40	4.15	7.54
Jinotega	0.51	2.87	3.38
Boaco	3.04	12.65	15.69
RAAN	3.76	19.63	23.39
Madriz	1.11	9.96	11.07
Matagalpa	5.00	3.89	8.89
Masaya	4.59	2.02	6.60
Río San Juan	1.18	15.63	16.80
Carazo	3.44	0.28	3.73
Rivas	4.36	5.17	9.53
Nueva Segovia	3.40	22.25	25.65
Chinandega	3.04	4.25	7.29
Estelí	1.20	6.19	7.38
León	2.80	3.91	6.71
RAAS	5.64	27.33	32.96
Granada	3.75	7.13	10.88
Managua(más alta ingresos per cápita)	*	*	*
Promedio	3.14	9.21	12.34
Coefficiente de correlación	R= 0.2858 P=0.2833	R= 0.2205 P= 0.4119	R= 0.2599 P= 0.3311

Tabla 13. Fondos Propios (% de Total) para el Año 1999 por Ingresos per cápita de SILAIS

SIL AIS	% Propios	% Externos	% Total
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	3.98	39.03	43.01
Jinotega	5.36	13.27	18.63
Boaco	6.08	10.15	16.23
RAAN	*	*	*
Madriz	0.97	51.09	52.07
Matagalpa	10.63	7.26	17.88
Masaya	20.34	4.04	24.38
Río San Juan	2.11	22.05	24.15
Carazo	19.07	*	19.07
Rivas	6.82	5.69	12.51
Nueva Segovia	2.99	21.19	24.18
Chinandega	11.08	5.98	17.08
Estelí	4.57	15.72	20.29
León	8.52	4.10	24.02
RAAS	3.23	20.75	24.02
Granada	4.39	6.22	10.60
Managua(más altos ingresos per cápita)	2.35	11.25	13.60
Promedio	7.01	15.85	21.87
Coefficiente de correlación	R= -0.2402 P= 0.3701	R= -0.2255 P= 0.4191	<b>R= -0.3665</b> <b>P= 0.1627</b>

Tabla 14. Fondos Propios (% de Total) para el Año 2000 por Ingresos per cápita de SILAIS

SIL AIS	% Propios	% Externos	% Total
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	5.22	6.37	11.59
Jinotega	0.92	5.17	6.09
Boaco	3.89	16.19	20.08
RAAN	2.28	11.89	14.17
Madriz	1.80	16.10	17.90
Matagalpa	7.53	5.85	13.38
Masaya	9.77	4.29	14.06
Río San Juan	1.63	21.70	23.33
Carazo	6.71	0.55	7.26
Rivas	6.64	7.88	14.51
Nueva Segovia	3.71	24.30	28.01
Chinandega	4.74	6.62	11.36
Estelí	1.81	9.37	11.18
León	3.07	4.29	7.37
RAAS	4.09	19.82	23.91
Granada	8.54	16.21	24.75
Managua(más altos ingresos per cápita)	*	*	*
Promedio	4.52	11.04	15.56
Coefficiente de correlación	R= 0.1794 P=0.5061	R= 0.2257 P= 0.4006	<b>R= 0.3094</b> <b>P= 0.2436</b>

Tabla 15. Fondos Propios per cápita para Hospitales para el Año 1999 por Ingresos per cápita de SILAIS

SILAI	Propios / capita	Externos/capita	Total / capita
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	3.23	*	3.23
Jinotega	*	*	*
Boaco	*	*	*
RAAN	*	*	*
Madriz	1.89	13.90	15.79
Matagalpa	3.20	0.07	3.27
Masaya	5.20	*	5.20
Río San Juan	1.36	0.20	1.57
Carazo	9.51	*	9.51
Rivas	11.20	*	11.20
Nueva Segovia	2.11	6.69	8.80
Chinandega	*	*	*
Estelí	5.57	*	5.57
León	4.56	2.42	6.98
RAAS	10.57	0.34	10.91
Granada	13.01	0.73	13.74
Managua (más altos ingresos per cápita)	39.27	35.23	74.51
Promedio	8.52	7.45	13.10
Coefficiente de correlación	R= 0.9420 P= 0.0001	R= 0.8048 P= 0.0160	R= 0.9322 P= 0.0001

Tabla 16. Fondos Propios per cápita para Hospitales para el Año 2000 por Ingresos per cápita de SILAIS

SILAI	Propios / capita	Externos/capita	Total / capita
Chontales (más bajos ingresos per cápita)	3.67	*	3.67
Jinotega	0.19	0.27	0.46
Boaco	4.77	0.08	4.85
RAAN	*	*	*
Madriz	2.09	2.19	4.28
Matagalpa	3.72	*	3.72
Masaya	5.32	*	5.32
Río San Juan	1.38	0.79	2.17
Carazo	9.01	*	9.01
Rivas	10.87	1.34	12.21
Nueva Segovia	2.49	*	2.49
Chinandega	8.09	*	8.09
Estelí	10.50	*	10.50
León	5.46	0.05	5.52
RAAS	9.53	*	9.53
Granada	16.06	*	16.06
Managua (mas alta ingresos per cápita)	41.43	0.25	41.68
Promedio	8.41	.7104	8.72
Coefficiente de correlación	R= 0.9493 P=0.2833	R= -0.2704 P= 0.5575	R= 0.9457 P= 0.0001

## Tabla del FMI

Tabla 17. Fondos Ponderados per cápita para Servicios Ambulatorios para Municipios (Presentados en Promedios al nivel SILAIS) para el Año 1999 por TMI de SILAIS

SIL AIS	TMI	Servicios Personales	Centralizado capitas	Descentralizado	Total
Madriz (más bajos TMI)	27.06	38.14	11.36	5.95	56.62
Granada	31.94	43.67	11.79	6.85	63.75
León	33.45	61.14	9.79	5.11	76.04
Estelí	33.49	39.26	10.61	4.94	54.80
Río San Juan	34.37	44.88	1.89	5.52	59.56
Carazo	35.43	34.69	10.32	4.65	49.67
Managua	40.04	36.22	5.24	3.46	44.91
Masaya	40.63	25.29	8.66	2.75	37.01
RAAS	40.97	57.27	13.81	13.75	93.98
Rivas	42.67	47.34	1.13	4.08	52.55
Nueva Segovia	44.15	49.04	17.06	5.33	75.15
Chinandega	47.19	56.88	29.66	3.02	89.57
Matagalpa	49.22	28.59	16.66	4.28	52.78
Boaco	50.06	39.70	11.84	4.35	55.89
Jinotega	66.82	30.71	12.35	3.93	49.46
Chontales(más alta TMI)	72.07	29.52	13.33	3.43	49.68
Promedio	43.10	41.39	11.59	5.09	60.08
Coefficiente de Correlación a nivel SILAIS		<b>R= -0.3631</b> <b>P= 0.1669</b> <b>N=16</b>	R= 0.2742 P=0.3041 N=16	R= -0.2861 P= 0.2828 N=16	R= -0.1588 P= 0.5569 N=16

## Tablas de Resultados de las Encuestas Cualitativas

Tabla 18. SILAIS: Rotación de Personal y Experiencia del Equipo de Dirección (N) %

	Directores	Planificadores	Insumos	Admón.	Total
Años en puesto actual					
< 6 meses	(1) 14.29	0	0	(1) 12.50	(2) 5.26
6 meses-1 año	0	0	(1) 12.50	(1) 12.50	(2) 5.26
1-3 años	(3) 42.86	(3) 20.00	(4) 50.00	(2) 25.00	(12) 31.58
> 3 años	(3) 42.86	(12) 80.00	(3) 37.50	(4) 50.00	(22) 57.89
N	7	15	8	8	38
Rotación en Equipos durante los últimos 3 años					
SI	(5) 71.43	(6) 42.86*	(4) 50.00	(4) 50.00	(19) 51.35
No	(2) 28.57	(8) 57.14*	(4) 50.00	(4) 50.00	(18) 48.65
N	7	14	8	8	37
Cambios hechos por quien					
Autoridades locales	(2) 33.33	(6) 100.00	(4) 100.00	(2) 50.00	(14) 70.00
MINSA	(1) 16.67	0	0	0	(1) 5.00
Otros	(3) 50.00	0	0	(2) 50.00	(5) 25.00
N	6	6	4	4	20
Tamaño de Personas Dependientes					
Menos de 5 personas	0	(7) 50.00	(6) 75.00	(3) 37.50	(16) 44.44
5-7 personas	(7) 100.00	(3) 21.43	(1) 12.50	(2) 25.00	(13) 36.11
8 personas o más	0	(4) 28.57	(1) 12.50	(3) 37.50	(7) 19.44
N	7	14	8	8	37
Tamaño Promedio de Personas Dependientes	6.14	4.29	3.5	7	5.05

\* Datos faltantes

Tabla 19. Municipio: Rotación de Personal y Experiencia de los Equipos de Dirección Municipales N(%)

	Directores	Admón.	Sub-Admón.	Total
<b>Años en puesto actual</b>				
< 6 meses	(4) 28.57	(1) 9.09	(2) 10.53	(7) 15.91
6 meses-1 año	(1) 7.14	(3) 27.27	(1) 5.26	(5) 11.36
1-3 años	(3) 21.43	0	(6) 31.58	(9) 20.45
> 3 años	(6) 42.86	(7) 63.64	(10) 52.63	(23) 52.27
N	14	11	19	44
<b>Rotación en los Equipos durante los últimos 3 años</b>				
DI	(11) 78.57	(6) 54.55	0	(17) 68.00
NO	(3) 21.43	(5) 45.45	0	(8) 32.00
N	14	11	0	25
<b>Cambios hechos por quien</b>				
Autoridades locales	(5) 45.45	(5) 83.33	0	(10) 58.82
MINSA	(4) 36.36	(1) 16.67	0	(5) 29.41
SILAIS	0	0	0	0
Otros	(2) 18.18	0	0	(2) 11.76
N	11	6	0	17
<b>Tamaño de Personas Dependientes</b>				
Menos de 5 personas	(6) 42.86	(7) 63.64	0	(13) 52.00
5-7 personas	(7) 50.00	(4) 36.36	0	(11) 44.00
8 personas o más	(1) 7.14	0	0	(1) 4.00
N	14	11	0	25
<b>Tamaño Promedio de Personas Dependientes</b>	5.07	3.36	0	4.32

Tabla 20. Hospitales: Rotación y Experiencia

Directores	
Años en puesto actual	
< 6 meses	(3) 37.50
6 meses-1 año	0
1-3 años	(4) 50.00
> 3 años	(1) 12.50
N	8
Rotación en Equipos en los últimos 3 años	
SI	(7) 87.50
NO	(1) 12.50
N	8
Cambios hechos por quien	
Autoridades locales	(2) 28.57
MINSA	0
SILAIS	(3) 14.29
Otros	(1) 14.29
N	7
Tamaño de Personas Dependientes	
Menos de 5 personas	(1) 14.29
5-7 personas	(6) 85.71
8 personas o más	0
N	7*
Tamaño Promedio de Personas Dependientes	5.57

\*Datos faltantes



Tabla 21. Resumen General: Rotación y Experiencia

	Total
Años en puesto actual	
< 6 meses	(11) 12.36
6 meses-1 año	(10) 11.24
1-3 años	(22) 24.72
> 3 años	(46) 51.69
N	89
Rotación en Equipos en los últimos 3 años	
SI	(37) 53.62
NO	(32) 46.38
N	69
Cambios hechos por quien	
Autoridades locales	(26) 59.09
MINSA	(8) 18.18
SILAIS	(2) 4.55
Otros	(8) 18.18
N	44
Tamaño de Personas Dependientes	
Menos de 5 personas	(30) 43.48
5-7 personas	(30) 43.48
8 personas o más	(9) 13.04
N	69
Tamaño Promedio de Personas Dependientes	4.84

\* Datos faltantes

Tabla 22. SILAIS: Capacidad

	Directores	Planificadores	Insumos	Admón.	Total
<b>Profesión</b>					
Medico / dentista	(7) 100.00	(7) 46.67	(1) 12.50	0	(15) 39.47
Finanzas/Admón	0	0	0	(8) 100.00	(8) 21.05
Docente	0	0	0	0	0
Enfermera	0	(7) 46.67	0	0	(7) 18.42
Abogado	0	0	0	0	0
Farmacéutico	0	0	(7) 87.50	0	(7) 18.42
Otro	0	(1) 6.67	0	0	(1) 2.63
N	7	15	8	8	38
<b>Otras Capacitaciones</b>					
Medicina	(6) 85.71	(14) 93.33	(5) 62.50	(1) 12.50	(26) 68.42
Admón/Finanzas	(1) 14.29	(1) 6.67	(2) 25.00	(4) 50.00	(8) 21.05
Enfermería / otro	0	0	0	(1) 12.50	(1) 2.63
Ninguna	0	0	(1) 12.50	(2) 25.00	(3) 7.89
N	7	14	8	8	38
<b>Años en puestos similares</b>					
0-3	(3) 42.86	(2) 13.33	(4) 50.00	(2) 33.33	(11) 30.56
4 a 10	(3) 42.86	(5) 33.33	(1) 12.50	(3) 50.00	(12) 33.33
>10	(1) 14.29	(8) 53.33	(3) 37.50	(1) 16.67	(13) 36.11
Promedio # años	5.71	10.60	5.88	7.50	
<b>Recursos Humanos para tomar decisiones presupuestarias</b>					
SI	(5) 71.43	0	0	(2) 25.00	(7) 46.67
NO	(2) 28.57	0	0	(6) 75.00	(8) 53.33
N	7	0	0	8	15

Tabla 23. Municipio: Capacidad

	Directores	Admón.	Sub-Admón.	Total
<b>Profesión</b>				
Médico / dentista	(14) 100.00	0	(7) 36.84	(21) 47.73
Finanzas/Admón	0	(9) 81.82	0	(9) 20.45
Docente	0	(1) 9.09	0	(1) 2.27
Enfermera	0	0	(12) 63.16	(12) 27.27
Abogado	0	(1) 9.09	0	(1) 2.27
Farmacéutico	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0
N	14	11	19	44
<b>Otras Capacitaciones</b>				
Medicina	(9) 64.29	0	(14) 73.68	(23) 53.49
Admón/Finanzas	(1) 7.14	(8) 80.00	(1) 5.26	(10) 23.26
Enfermería / otro	(2) 14.29	(2) 20.00	(3) 15.79	(7) 16.28
Ninguna	(2) 14.29	0	(1) 5.26	(3) 6.98
N	14	10	19	43
<b>Años en puestos similares</b>				
0-3	(9) 69.23	(9) 81.82	(10) 58.82	(28) 68.29
4 a 10	(4) 30.77	(1) 9.09	(3) 17.65	(8) 19.51
>10	0.00	(1) 9.09	(4) 23.53	(5) 12.20
Promedio # años	2.31	3.09	5.53	
<b>Recursos Humanos para tomar decisiones presupuestarias</b>				
SI	(2) 14.29	0	0	(2) 14.29
NO	(12) 85.71	0	0	(12) 85.71
N	14	0	0	14

Tabla 24. Hospitales: Capacidad

	Directores
Profesión	
Médico / dentista	(8) 100.00
Finanzas/Admón	0
Docente	0
Enfermera	0
Abogado	0
Farmacéutico	0
Otro	0
N	8
Otras Capacitaciones	
Medicina	(8) 100.00
Admón/Finanzas	0
Enfermería / otro	0
Ninguna	0
N	8
Años en puestos similares	
0-3	(4) 50.00
4 a 10	(3) 37.50
>10	(1) 12.50
Promedio # años	3.50

Tabla 25. Alcaldías: Capacidad

	Directores
Profesión	
Médico / dentista	(1) 7.14
Finanzas/Admón	(1) 7.14
Docente	(5) 35.71
Enfermera	0
Abogado	(3) 21.43
Farmacéutico	0
Otro	(4) 28.57
N	14
Otra Capacitación	
Médica	(1) 7.14
Admón/Finanzas	(3) 21.43
Enfermería/Otro	(6) 42.86
Ninguna	(4) 28.57
N	14

Tabla 26. Resumen General: Capacidad

	Total
<b>Profesión</b>	
Médico / dentista	(45) 43.27
Finanzas/Admón	(18) 17.31
Docente	(6) 5.77
Enfermera	(19) 18.27
Abogado	(4) 3.85
Farmacéutico	(7) 6.73
Otro	(5) 4.81
N	104
<b>Otras Capacitaciones</b>	
Medicina	(58) 56.31
Admón/Finanzas	(21) 20.39
Enfermería/Otro	(14) 13.59
Ninguna	(10) 9.71
N	103
<b>Años en puestos similares</b>	
0-3	50.59
4 a 10	27.06
>10	22.35
<b>Promedio # años</b>	5.61
<b>Recursos Humanos para tomar decisiones presupuestarias</b>	
SI	(9) 31.03448
NO	(20) 68.96552
N	29

Tabla 27. SILAIS: Opciones de Decisión local y Espacio de Decisión

	Directores	Planificadores	Insumos	Admón.	Total
Decisiones Presupuestarias					
SI	(2) 28.57	-	-	(6) 75.00	(8) 53.33
NO	(5) 71.43	-	-	(2) 25.00	(7) 46.67
Decisiones sobre Recursos Humanos					
SI	(3) 42.86	-	-	(6) 75.00	(9) 60.00
NO	(4) 57.14	-	-	(2) 25.00	(6) 40.00
Decisiones sobre Programas Prioritarios					
SI	(6) 85.71	-	-	-	(6) 85.71
NO	(1) 14.29	-	-	-	(1) 14.29

Tabla 28. Municipalidad: Opciones de Decisión Local y Espacio de Decisión

	Directores	Admón.	Sub-Admón.	Total
Decisiones Presupuestarias				
SI	(7) 50.00	(10) 90.91	-	(17) 68.00
NO	(7) 50.00	(1) 9.09	-	(8) 32.00
Decisiones sobre Recursos Humanos				
SI	(9) 64.29	(9) 81.82	-	(18) 72.00
NO	(5) 35.71	(2) 18.18	-	(7) 28.00
Decisiones sobre Programas Prioritarios				
SI	(11) 78.57	(5) 45.45	-	(16) 64.00
NO	(3) 21.43	(6) 54.55	-	(9) 36.00

Tabla 29. Hospitales: Opciones de Decisión local y Espacio de Decisión

	Directores
Decisiones Presupuestarias	
SI	(3) 37.50
NO	(5) 62.50
Decisiones sobre Recursos Humanos	
SI	(5) 62.50
NO	(3) 37.50
Decisiones sobre Programas Prioritarios	
SI	
NO	(8) 100.00

Tabla 30. Resumen General: Opciones locales de Decisión y Espacio de Decisión

	Total
Decisiones Presupuestarias	
SI	(28) 58.33
NO	(20) 41.67
Decisiones sobre Recursos Humanos	
SI	(32) 66.67
NO	(16) 33.33
Decisiones sobre Programas Prioritarios	
SI	(30) 75.00
NO	(10) 25.00

Tabla 31. SILAIS: Decisiones Financieras y Programas Prioritarios

	Directores	Planificadores	Insumos	Admón.	Total
¿Quién participa en Programación Presupuestaria?					
Director de SILAIS	0	-	-	0	0
Equipo de Dirección	(4) 57.14	-	-	(4) 50.00	(8) 53.33
Director de y Admón.	(3) 42.86	-	-	(4) 50.00	(7) 46.67
Equipo, con alguna influencia del Consejo	0	-	-	0	0
Equipo, con gran influencia del Consejo	0	-	-	0	0
SILAIS no tiene poder de decisión	0	-	-	0	0
	7	0	0	8	15
¿Qué es usado para programación de atención primaria (% que contestaron SI)?					
Datos Epidemiológicos	(5) 71.43	(7) 58.53		(3) 37.50	(15) 55.56
Producción de servicios	(5) 71.43	(4) 33.33		(4) 50.00	(13) 48.15
Presupuesto Histórico	(6) 85.71	(4) 33.33		(5) 62.50	(13) 55.56
Vulnerabilidad Socio-Económica	(2) 28.57	0		(1) 12.50	(13) 11.11
	de 7	de 12		de 8	de 27
Control de Líneas presupuestarias (% con control)					
Agua	Sin Control	-	-	Sin Control	0
Luz	Sin Control	-	-	Sin Control	0
Teléfono	Sin Control	-	-	Sin Control	0
Viáticos	(2) 28.57	-	-	(4) 50.00	(6) 40.00
Materiales	(3) 42.86	-	-	(6) 75.00	(9) 60.00
Gasolina	(1) 14.29	-	-	(3) 37.50	(4) 26.67
Medicinas	No Control	-	-	No Control	0
	De 7	0	0	De 8	De 15
Puede usted reasignar Items presupuestarios?					
SI	(3) 42.86	-	-	(5) 62.50	(8) 53.33
NO	(4) 57.14	-	-	(3) 37.50	(7) 46.67
	7			8	15
Que es usado para reasignar el presupuesto (% que contestaron SI)?					
Datos Epidemiológicos	(6) 85.71	-	-	(4) 50.00	(10) 66.67
Producción de servicios	(4) 57.14	-	-	(3) 37.50	(7) 46.67
Presupuesto Histórico	(3) 42.86	-	-	(3) 37.50	(6) 40.00
Vulnerabilidad Socio-Económica	(3) 42.86	-	-	0.00	(3) 42.86
	De 7	0	0	De 8	De 15
Recortes iguales a todas las líneas?					
SI	(3) 42.86	-	-	(3) 37.50	(6) 40.00
Usa otro Criterio	(4) 57.14	-	-	(5) 62.50	(9) 60.00
	7			8	15



Frecuencia de Circular					
Frecuente	(7) 100.00	(10) 66.67	-	-	(17) 89.47
Moderado	0	(2) 13.33	-	-	(2) 10.53
Pocas Veces	0	(2) 13.33	-	-	0
Nunca	0	(1) 6.67	-	-	0
	7	15			19
Efecto de Circular					
Bastante	(4) 57.14	(6) 40.00	-	-	(10) 66.67
Moderado	(3) 42.86	(2) 13.33	-	-	(5) 33.33
Limitado	0.00	(5) 33.33	-	-	(5) 22.73
Ninguno	0.00	(2) 13.33	-	-	(2) 9.09
	7	15			19
Son razonables las circulares?					
SI	(5) 71.43	(11) 73.33	-	-	(16) 72.73
NO	(2) 28.57	(4) 26.67	-	-	(6) 27.27
	7	15	-	-	22
Son adecuadas las líneas presupuestarias del MINSA hacer presupuesto?					
SI	(5) 71.43	-	-	(8) 100.00	(14) 87.50
NO	(2) 28.57	-	-	0	(2) 12.50
	7			8	

Tabla 32. Municipalidad: Decisiones Financieras y Programas Prioritarios

Quien participa en la Programación Presupuestaria	Director	Administrador	SubAdm.	Total
Director Municipal	0	0	-	0
Equipo de Dirección	(5) 35.71	(5) 45.45	-	(10) 40.00
Director Municipal + Admón..	(6) 42.86	(5) 45.45	-	(11) 44.00
Director Municipal + Dir. SILAIS	0	0	-	0
Director Municipal + SILAIS Admón..	0	0	-	0
Equipo, más alguna partic. del Consejo	0	0	-	0
Equipo + mas bastante participación del Consejo	0	0	-	0
Equipo + Alcaldía	0	(1) 9.09	-	(1) 4.00
Municipalidad no tiene poder	(3) 21.43	0	-	(3) 12.00
	14	11	0	25
Que es usado para la Programación (% que contestaron SI)?				
Datos Epidemiológicos	(10) 71.43	(6) 54.55	-	(16) 64.00
Producción de servicios	(10) 71.43	(7) 63.64	-	(17) 68.00
Presupuesto Histórico	(6) 42.86	(4) 36.36	-	(10) 40.00
Vulnerabilidad Socio-Económica	(2) 28.57	(1) 12.50	-	(3) 20.00
	De 14	De 11	0	De 25
Control de Líneas presupuestarias (% con control)				
Agua	(1) 7.14	0	-	(1) 4.00
Luz	(1) 7.14	0	-	(1) 4.00
Teléfono	(1) 7.14	0	-	(1) 4.00
Viáticos	(13) 92.86	(10) 90.91	-	(23) 92.00
Materiales	(13) 92.86	(11) 100.0	-	(24) 96.00
Gasolina	(6) 42.15	(6) 54.55	-	(12) 50.00
Medicinas	0	0	-	0
	De 14	De 11		De 25
Puede usted reasignar Items presupuestarios?				
SI	(4) 28.57	(8) 72.73	-	(12) 48.00
NO	(10) 71.43	(3) 27.27	-	(13) 52.00
	14	11	0	25
Que es usado para reasignar el presupuesto (% que contestaron SI)?				
Datos Epidemiológicos	(8) 57.14	(6) 60.00		(14) 58.33
Producción de servicios	(5) 35.71	(6) 60.00		(11) 45.83
Presupuesto Histórico	(1) 7.14	(1) 10.00		(2) 8.33
Vulnerabilidad Socio-Económica	(1) 7.14			(1) 7.14
	De 14	De 11		De 25
Son adecuadas las líneas presupuestarias de MINSA (SILAIS) para Presupuestación?				
SI	(9) 64.29	(9) 81.82		(18) 72.00
NO	(5) 35.71	(2) 18.18		(7) 28.00

Tabla 33. Hospital: Decisiones Financieras y Programas Prioritarios

¿Quién participa en Programación Presupuestaria?	Director
Director Hosp.	0
Equipo de Dirección	(7) 87.5
Dir. Hosp. + Administrador	(1) 12.5
Equipo, mas alguna participación del Consejo	0
Equipo + participación fuerte del Consejo	0
Hospital no tiene poder de decisión	0
	8
Que es usado para la Programación (% que contestaron SI)?	
Datos Epidemiológicos	(2) 25.00
Producción de servicios	(2) 25.00
Presupuesto Histórico	(7) 87.50
Vulnerabilidad Socio-Económica	(1) 12.50
	De 8
Control de Líneas presupuestarias (% con control)	
Agua	0
Luz	0
Teléfono	0
Viáticos	(4) 50.00
Materiales	(3) 42.86
Gasolina	(1) 12.50
Medicinas	0
	De 8
Puede usted reasignar líneas presupuestarias?	
SI	(2) 25.00
NO	(6) 75.00
	8
Que es usado para reasignación presupuestaria (% que contestaron SI)?	
Datos Epidemiológicos	(4) 57.14
Producción de servicios	(2) 28.57
Presupuesto Histórico	(1) 14.29
Vulnerabilidad Socio-Económica	0
	De 8
Son adecuadas las líneas presupuestarias de MINSA (SILAIS) para Presupuestación?	
SI	(2) 25.00
NO	(6) 75.00
	8
Frecuencia de los Circulares	
Frecuente	(3) 42.86
Moderado	(4) 57.14
Pocas Veces	0
Nunca	0
	7
Efecto de las circulares	

Fuerte	(3) 42.86
Moderado	(3) 42.86
Limitado	(1) 14.29

## Anexo D

### Explicación de las Variables

### y

### Fuentes de Información

#### Datos sobre Gastos

Gastos de Atención Primaria fueron recolectados en un esfuerzo especial por el Proyecto Harvard, con la colaboración del MINSA a nivel municipal, el nivel de SILAIS para las Sedes, y los hospitales para los siguientes ítems principales: Servicios Personales, Servicios No-Personales, Materiales y Suministros, y Transferencias Corrientes. Datos fueron recolectados para varios ítems centralizados y descentralizados bajo los rubros de Servicios No-Personales y Materiales y Suministros, de acuerdo con Tabla 1. Datos para el nivel municipal no fueron disponibles para el RAAN. Cuando la RAAN es incluido en el análisis de gastos ambulatorios, se han utilizado datos de los SILAIS reportados al MINSA y restado los fondos propios y externos, para que la cifra sea comparable con los datos recolectados a nivel municipal.

Tabla 1. Desglose de Ítems en Rubros de Servicios No-Personales y Materiales y Suministros

<b>Ítem Principal</b>	<b>Ítem desglosado</b>	<b>Centralizado o Descentralizado</b>
Servicios No-Personales	Teléfonos, Teles y FAX nacional	Centralizado
	Agua	Centralizado
	Electricidad	Centralizado
	Viáticos	Descentralizado
Materiales y Suministros	Gasolina para visitas	Centralizado
	Medicinas	Centralizado
	Los demás ítems, incluyendo ciertos alimentos, bebidas, llantas y otros accesorios de vehículo y suministros de oficina.	Descentralizado

#### Datos de Población

Los datos de población para 1995-1999 fueron compilados por MINSA, de acuerdo al censo de 1995 y basados en una tasa de crecimiento anual de 1.030839. Los datos de población incluyeron población general, números de mujeres en edad fértil, números de embarazos, población menor de 1 año, y la población menor de 5 años. Todas las cifras per cápita incluidas en los resultados fueron calculadas utilizando estas cifras de población. Todas las cifras de gastos fueron ponderadas de acuerdo a la población.

#### Datos de Ingresos

Recopilamos datos de ingresos municipales de la “Clasificación de Municipalidades de Nicaragua” de INIFOM. Ingresos de esta fuente de datos fueron definidos como la cantidad de recursos financieros disponibles para cada municipio durante el año 1995. El tamaño de recursos varió entre C\$29,356 para el municipio con menos recurso a C\$ 26,855,900 para el municipio con mayores recursos. Los datos de ingreso se usaron para crear los quintiles de ingreso. Tres municipios, Ciudad Sandino, Managua y El Crucero, no tuvieron datos de ingresos. Por esta razón, Ciudad Sandino fue agregada al Municipio de Managua. El ingreso de Managua entonces fue calculado como el 10% más que el de León, basado en cifras en el informe. El ingreso de El Crucero fue calculado como el ingreso promedio de todos los municipios en el quintil más alto de ingresos (antes de agregar a Managua) El único municipio sin datos de ingreso fue San Lorenzo de Boaco. Este municipio no fue incluido en ningún análisis de ingresos.

Esta variable de ingreso fue utilizado para calcular el ingreso per cápita para cada municipio.

Datos de Urbanidad:

Datos del Mapa de Pobreza de Nicaragua, 1998, fueron utilizados para clasificar a los municipios en categorías de pobreza y urbanidad. El porcentaje de personas viviendo en zonas urbanas fue calculado de la variable “porcentaje de personas pobres viviendo en zonas rurales.”

Datos de Utilización:

Servicios de salud y atenciones de emergencias proporcionadas al nivel primario fueron tomados de, “Servicios Ambulatorios de Primer Nivel 1995-1999” proporcionados por MINSA. De esta base de datos, obtuvimos las variables “porcentaje de servicios de Atención Primaria proporcionados a niños menores de cinco años”, “números de primeras visitas para fertilidad”, “número total de visitas prenatales”, y datos de malnutrición infantil. Estos datos fueron recalculados basados en per cápita e incorporados en el análisis bivariado.

Fondos Externos y Propios

Datos para fondos externos y propios fueron proporcionados para la sede y los hospitales a nivel de los SILAIS. Fondos propios fueron definidos como aquellos recolectados a nivel del SILAIS por servicios prestados tales como exámenes de laboratorio y exámenes a niños mayores de 5 años y hombres. Fondos externos fueron definidos como donaciones recibidas por los SILAIS a través de diferentes proyectos tales como OPS/OMS, UNICEF, Prosilais, Prosalud, etc.

Encuesta Demográfica de Salud (ENDESA):

La última ENDESA fue implementada en 1995. La única cifra tomada del ENDESA fue mortalidad infantil (TMI) para niños menores de 1 año y niños menores de 5 años.

### **Calidad de los Datos**

Los juegos más completos de datos de las fuentes antes mencionadas fueron para los años 1999 y 2000.

A nivel de municipio, tuvimos información de 133 municipios. Los siguientes municipios no fueron incluidos: todo de los municipios de RAAN, San Francisco de Cuapa del SILAIS Chontales, Santo Tomás del SILAIS Chinandega, Yalí del SILAIS Jinotega, Francisco Matamoros del SILAIS Managua, La Conquista del SILAIS Carazo, Santo Tomas del SILAIS Chontales, y todos los municipios del RAAN.

RAAN, Madriz, y Nueva Segovia estuvieron ausentes de los datos de Sedes para 1999, mientras Chontales, Jinotega, RAAN, y Río San Juan estuvieron ausentes de datos de Sedes para 2000.

RAAN y Carazo no reportaron datos de hospitales para 1999, pero si reportaron en 2000.

Datos proporcionados para Fondos Propios y Externos fueron bastante completos a nivel de SILAIS, aunque no totalmente completos para los hospitales.

Como fue mencionado anteriormente, el único municipio que no reportó datos de ingreso (o que no se pudo estimar ingresos) fue San Lorenzo en Boaco.

# Annex E

## INVESTIGACION SOBRE EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN NICARAGUA

### CUESTIONARIO DIRIGIDO A DIRECTORES DE SILAIS

Fecha: \_\_\_\_\_

SILAIS: \_\_\_\_\_

Nombre y

Apellidos: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

- 1 Profesión:.....  
.....
- 2 Otros estudios de 2 semanas o más:  
.....  
.....  
.....  
.....
3. Tiempo (años) en el cargo actual:
  - a. .... Menos de 6 meses
  - b. .... De 6 meses a 1 año
  - c. .... De 1 a 3 años
  - d. .... Más de 3 años
4. Experiencia (acumulada) en cargos similares:.....años.....

#### II. ROTACION DEL EQUIPO DE DIRECCION

5. Cuantos recursos humanos forman parte del Equipo de Dirección:  
.....
6. Ha habido cambios en el Equipo de Dirección en los últimos tres años: a.....Si b.....No. **Si es "No"pase a la pregunta No.8.**
7. Mencione los últimos tres cambios de cargo en el Equipo de Dirección (fecha en que se realizó) :
  - a. ....Fecha:.....  
.....
  - b. ....Fecha:.....  
.....



c. ....Fecha:.....

.....

8. El cambio fue orientado por:
- a. .... autoridades locales
  - b. .... MINSA Central
  - c. .... Otros
- Especifique:.....
8. Cambios en los Directores Municipales en el último año:
- a. .... Si
  - b. .... No
- Si es "Si", Cuántos?..... es "Si",
9. Participó usted en la decisión de los cambios?
- a. .... Si
  - b. .... No.
10. Si es "si", Explique:

11. Si es "no", quien decide: a. .... SILAIS b. ....Nivel Central c. ....Otros.  
Detalle:.....

### III. HISTORIA DE LA DESCENTRALIZACIÓN

12. Existe el Consejo Consultivo en el SILAIS: a.... Si b....No. **Si es "No", pase a la pregunta No.20.**
13. Si existe el Consejo Cultivo, está funcionando actualmente en el SILAIS: a. ....Si b. .... No. **Si la respuesta es "No", pasar a la pregunta No.18).**
14. Si es "si", desde cuando inició el funcionamiento (fecha): ...../...../.....
15. Quienes seleccionaron a los miembros de la Junta:

16. Base legal para su conformación:

17. Mencione los miembros del Consejo Consultivo (cargos y profesiones):

Cargo	Profesión


18. Qué decisiones son tomadas por el Consejo Consultivo?

Actividad	Si	No
Aprobación de POA o planes de emergencia		
Aprobación de contrataciones/despidos		
Aprobación de presupuesto		
<b>Aprobación de reducciones/cambios presupuestarios</b>		
Otras (Indique)		
Ninguna		

19. Si no está funcionando, Hace cuanto tiempo dejó de funcionar?

- a. .... Nunca ha funcionado
- b. .... Menos de 6 meses
- b. .... De 6 meses a 1 año
- c. .... De 1 a 3 años
- d. .... Más de 3 años

20. Porqué dejó de funcionar?

21. Qué otros Comités están funcionando en el SILAIS. Mencione e indique quienes lo conforman y cómo fueron seleccionados sus miembros?

Nombre del Comité	Número de Miembros	Quien y cómo seleccionaron

22. Cree usted que los miembros del Equipo de Dirección tiene más capacidad de decisión en los años anteriores o ahora? Explique porque

#### IV. ESPACIO ACTUAL DE DECISIÓN

23. En que áreas toma decisiones:

Areas	Si	No	Observaciones
<b>Presupuesto</b>			
Recursos Humanos			
Programas prioritarios			
Otras (Explique)			

24. Quien participa en la programación presupuestaria?

- a. .... El Director del SILAIS
- b. .... El Equipo de Dirección
- c. .... El Director y el Administrador del SILAIS
- d. .... **Equipo de Dirección con alguna participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.**
- e. .... **El Equipo de Dirección con mucha participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.**
- f. .... El SILAIS no toma decisiones sobre la programación presupuestaria.

25. Explique como se decide la programación presupuestaria.

26. Quien decide la asignación presupuestaria?

- a. .... El Director del SILAIS
- b. .... El Equipo de Dirección
- c. .... El Director y Administrador del SILAIS.
- d. .... **Equipo de Dirección con alguna participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.**
- e. .... **El Equipo de Dirección con mucha participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.**
- f. .... El SILAIS no toma decisiones sobre la asignación presupuestaria.

g. .... Otras.

Indique:.....

27. Explique como se decide la asignación?

--

28. Criterios que utiliza para las decisiones?

Criterios	Si	No
Epidemiológicos		
Producción de servicios		
Comportamiento histórico		
Vulnerabilidad socio-económica		
Otros (Explique)		

29. Después de recibir el presupuesto aprobado, usted puede reasignar fondos de una línea presupuestaria a otra durante el año: a. .... Si                      b. .... No. **Si la respuesta es "No", pasar a la pregunta No.35.**

30. Si es "Si", en que elementos de gastos del presupuesto toma decisiones actualmente:

<b>Renglón presupuestario</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<i>02. Servicios No Personales</i> Agua Luz Teléfono Viático		
<i>03. Materiales y Suministros</i> Papelería Combustible <b>Medicamentos</b> Otros:		

31. Criterios que utiliza para la reasignación del presupuesto.

<b>Criterios</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Epidemiológicos		
Producción de servicios		

Comportamiento histórico		
Vulnerabilidad socioeconómica		
Otros (Explique)		

32. Le da el MINSA lineamientos suficientes sobre las decisiones financieras que se deben tomar? Circulares, Resoluciones, etc. Si la respuesta es "Si", como los considera?

33. Cree usted que el Equipo del SILAIS tiene los recursos humanos y materiales necesarios para tomar todas las decisiones presupuestarias. Si la respuesta es "si" porqué? Si la respuesta es "no", qué capacidades cree usted que necesita?

34. Qué criterios utiliza para la asignación de fondos a programas de atención primaria?

35. Qué opciones tiene cuando los presupuestos son recortados durante el año?

36. Cómo establece prioridades sobre lo que se puede recortar y que debe mantenerse a niveles anteriores?

<b>Criterios</b>	Si	No
Epidemiológicos		
Producción de servicios		
<b>Comportamiento histórico</b>		
Vulnerabilidad socioeconómica		

Otros (Explique)		
------------------	--	--

37. Ha recortado más a los Centros de Salud o la Sede SILAIS?  
 .....  
 .....

38. En caso de reducción presupuestaria como asigna los fondos a los Centros de Salud?  
 a.... El mismo porcentaje para todos.  
 b.... Otros criterios Indique:  
 .....

39. Tiene fondos propios en la Sede del SILAIS? .a. ...Si b. ...No

40. Tienen tarifas o cobros para servicios? a.....Si b. ...No

41. Si es "Si" que servicios?.....

42. Se establecen las tarifas o cobros por el SILAIS....., o por el MINSA Central? Indique el procedimiento.  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

43. Quien decide el que debe pagar la tarifa y el exento? (puede seleccionar más de una alternativa)  
 a. .... El Director del SILAIS  
 b. .... El Equipo de Dirección  
 c. .... El Director y Administrador del SILAIS  
 d. .... El Equipo de Dirección con alguna participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.  
 e. .... El Equipo de Dirección con mucha participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.

44. Cómo se definen estos precios
- a. .... Usando ejemplos de tarifas de otros SILAIS
  - b. .... Por casualidad.
  - c. .... Estimando la capacidad de los usuarios no pobres de pagar.
  - d. .... El MINSA Central
  - e. .... Un estudio de costos de los servicios.
  - f. .... Otros(Explique).....
45. Quien decide la utilización de los fondos propios? (Puede seleccionar más de una alternativa)
- a. .... El Director del SILAIS
  - b. .... El Equipo de Dirección
  - c. .... El Director y Administrador del SILAIS
  - d. .... El Equipo de Dirección con alguna participación del Consejo Consultivo u otro  
Comité de la comunidad.
  - e. ....El Equipo de Dirección con mucha participación del Consejo Consultivo u otro  
Comité de la comunidad.

46. Tienen financiamiento directo de donantes externos? a....Si                      b.... No. **Si es "No",**  
**pasar a la pregunta No...51.**

47. Qué actividades fueron apoyadas por estos donantes? Muestre una lista de cada donante con una descripción de sus actividades.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

48. Tomaron la decisión ustedes o las actividades ya llegaron planificadas al SILAIS? O eran una negociación entre el SILAIS y donante en que las prioridades del SILAIS puede definir las actividades? (Si hay más de un donante hacer estas preguntas y las siguientes para cada uno)

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

49. Quien era responsable de negociar con los donantes? (puede seleccionar más de una alternativa).
- a. .... Solo el Director del SILAIS
  - b. .... Director del SILAIS con el MINSA Central
  - c. .... Solo el Equipo de Dirección
  - d. .... Equipo de Dirección con MINSA Central
  - e. .... El Equipo de Dirección con alguna participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.
  - f. .... El Equipo de Dirección con mucha participación del Consejo Consultivo u otro Comité de la comunidad.

50. Cómo efectuaron la planificación de estas actividades?

51. Frecuencia con que se reciben las directrices y circulares que vienen del MINSA sobre programas prioritarios (tales como vacunación, malaria, TB, VIH/SIDA, Planificación Familiar, control prenatal)
- a. ....Frecuentemente
  - a. ....Moderadamente
  - b. ....Pocas veces
  - c. ....Nunca

52. Que tipo de efecto tiene en las actividades planificadas las directrices y circulares del MINSA.
- a. .... Fuerte
  - b. .... Moderado
  - c. .... Limitado
  - d. .... Ningún efecto

53. Se han modificado en los últimos 6 meses y cómo? De ejemplos



54. Las directrices del MINSA vienen con más recursos? a.... Si b....No. Si es "Si", explique los recursos recibidos

55. En su experiencia ¿ son razonables o no son razonables? Las directrices del MINSA sobre programas prioritarios. Cualquiera que sea su respuesta explique.

56. En su experiencia ¿ son razonables o no son razonables? Las actividades programadas del MINSA sobre programas prioritarios. Cualquiera que sea su respuesta explique.

57. Han podido mejorar la calidad de los servicios en sus Centros de Salud? a...Si b....No.  
Si la respuesta es "Si". Qué acciones han tomado para mejorar la calidad?

58. De donde vienen los fondos para las actividades orientadas a mejorar la calidad? (puede elegir más de una alternativa)

- a. .... Fondos propios
- b. .... Presupuesto controlado por el SILAIS
- c. .... Presupuesto a Nivel Central
- d. .... Donantes

## V. RELACIONES ENTRE HOSPITAL Y SILAIS

59. **Cómo es la relación entre el Equipo de Dirección del SILAIS y el Hospital?**

- a. .... Excelente
- b. .... Muy Buena
- c. .... Buena
- d. .... Regular
- e. .... Algo conflictiva
- f. .... Muy conflictiva

**Explique dando ejemplos:**

60. **Actividades que se realizan entre el Equipo de Dirección del SILAIS y el Hospital**

- a. .... Reuniones sistemáticas
- b. .... Despachos
- c. .... Consejos Técnicos
- d. .... Otras actividades.

**Explique:.....**

61. **Cómo es la relación entre el Equipo de Dirección del SILAIS y los Alcaldes del territorio?**

- a. .... Excelente
- b. .... Muy Buena
- c. .... Buena
- d. .... Regular
- e. .... Algo conflictiva
- f. .... Muy conflictiva

**Explique dando ejemplos:**

**62. Actividades que se realizan entre el Equipo de Dirección del SILAIS y los Alcaldes del territorio**

- a. .... Reuniones sistemáticas**
- b. .... Despachos**
- c. .... Consejos Técnicos**
- d. .... Consejos Municipales**
- e. .... Otras actividades.**

**Explique:.....**

## CONCLUSIONES EXPRESADAS POR DIRECTOR DE SILAIS

- a. Su valoración sobre el proceso de descentralización en el SILAIS:

1.
2.
3.
4.

- b. Mi trabajo como gerente en salud ha sido cambiado en las siguientes maneras por el proceso de “descentralización” (complete la idea en las líneas de abajo)

--

- c. Hasta que las siguientes condiciones se den, la “descentralización” no tendrá mucho impacto sobre la gerencia de servicios de salud y programas: complete la idea.

--