



MINISTERIO DE SALUD

Hacia un Modelo de Atención Integral en los SILAIS

Cooperación del Gobierno de Suecia en Salud

2005 - 2007

Marzo, 2004

1ra. Version

"Si la Patria es pequeña, uno grande la sueña."

Rubén Darío
(Poeta Nicaragüense)

Tabla de Contenido

Ficha del Proyecto	1
Datos del Proyecto	2
Antecedentes	2
Contexto	3
Vamos hacer creíble la esperanza de una Nicaragua mejor	3
Hacia una política social integral y sostenible: los retos del sector salud	5
La importancia del desarrollo social y la inversión en capital humano	5
Los desafíos del sector	7
Lineamientos estratégicos sectoriales	11
La Cooperación Externa: un elemento crucial para el desarrollo de la Salud Pública	14
Justificación	20
Problemas abordados	20
Situación prevista al finalizar el proyecto y beneficiarios	25
Estrategia del Proyecto y arreglos para su ejecución	28
Consideraciones especiales	30
Componentes del Marco Lógico	32
Objetivo de Desarrollo	32
Propósito	32
Resultados Esperados	33
Actividades	38
Supuestos y Riesgos	43
Indicadores y Medios de Verificación	45
Matriz del Marco Lógico	49
Organización y administración	53
Sistema de programa presupuesto, seguimiento y evaluación técnico financiera del Proyecto	60
Presupuesto preliminar	62
Sustentabilidad organizativa y financiera	66
Plan de Ejecución	67
Bibliografía consultada	68
Anexo	69
SILAIS y Municipios de Abordaje Integral: Índice de Desarrollo Humano Municipal y población	69

Índice de Tablas

Tabla 1: Ejemplos de los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua	8
Tabla 2: Principales causas de mortalidad en Nicaragua, indicadores seleccionados y breve descripción, 1998 - 2002	10
Tabla 3: La Cooperación Externa en cifras, 1997 - 2002	16
Tabla 4: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Cooperación Externa en el MINSA, 2003	19
Tabla 5: Población en extrema pobreza e indicadores seleccionados de Salud Pública, por SILAIS	26
Tabla 6: Instancias de coordinación del Proyecto	57

Indice de Ilustraciones

Ilustración 1: Índice de Desarrollo Humano en Nicaragua y posición en los Informes Mundiales, 1997 - 2002	3
Ilustración 2: Pobreza y extrema pobreza como % de la Población total, urbana y rural	6
Ilustración 3: Arbol de problemas del proyecto	22
Ilustración 4: Valores de IDHM por SILAIS	25
Ilustración 5: Distribución de Municipios por categorías de IDHM por SILAIS	25
Ilustración 6: Distribución de grupos seleccionados de edad en los SILAIS	27
Ilustración 7: Porcentaje de la pob. por Quintiles de Bienestar en los SILAIS del proyecto, 2003	28
Ilustración 8 Organización del Proyecto	59
Ilustración 9 Flujo de Programa Presupuesto	61

Indice de Recuadros

Recuadro 1: Principales características de la Pobreza en Nicaragua, 2002	6
--	---

Glosario de Abreviaturas

MML	Matriz del Marco Lógico
MINSAL	Ministerio de Salud
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur
MPA	Matagalpa
AMUNIC	Asociación de Municipios de Nicaragua
INIFOM	Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
LGS	Ley General de Salud
PNS	Plan Nacional de Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
ESS	Enfoque Sectorial en Salud
GL	Gobiernos Locales
SIMINSA	Sistema de Información del Ministerio de Salud
SIGFA	Sistema de Información Administrativo Financiero
SNIP	Sistema de Información de la Inversión Pública
SINAMCE	Sistema Nacional de Monitoría y Evaluación
SICO	Sistema de Información Comunitario
PMS	Planes de Monitoría y Supervisión
PEC	Programas de Extensión de Cobertura
IDH	Índice de Desarrollo Humano
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
HIPC	Iniciativa de países pobres altamente endeudados / High Indebted Poor Countries
ERCERP	Estrategia reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
NV	Nacidos Vivos
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
EMNV	Encuesta de Medición de Niveles de Vida
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
IRA	Infección Respiratoria Aguda
VIF	Violencia Intrafamiliar
X	Por (Ej, x mil nacidos vivos)
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
IEC	Información, educación y comunicación

Ficha del Proyecto

Nombre	Hacia un Modelo de Atención Integral en Salud
Fecha de Inicio	Enero 2005
Fecha de finalización	Diciembre 2007
Monto total	En proceso de formulación
Área de influencia	SILAIS de Matagalpa, Jinotega, RAAN, RAAS, Boaco y ámbito nacional en procesos territoriales y nacionales y seleccionados
Objetivo de desarrollo	Contribuir a la mejoría del estado de salud de la población en municipios y SILAIS vulnerables
Objetivo del proyecto	Fortalecido el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud , apoyando la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud en los SILAIS RAAN, RAAS, Matagalpa, Jinotega y Boaco, y consolidando experiencias exitosas en otros 5 SILAIS ¹ .
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Consolidar los procesos de gerencia y planificación en el ámbito local• Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiarios, de acuerdo a las políticas y prioridades en salud• Desarrollar alianzas para la participación ciudadana en la solución de problemas locales de salud y el desarrollo de estilos de vida saludables
Instancia ejecutora	Ministerio de Salud
Asistencia técnica	Nivel Central MINSA, OPS/OMS, UNICEF

¹ SILAIS: Chinandega, Esteli, León, Madriz, Nueva Segovia

Datos del Proyecto

Antecedentes

El Ministerio de Salud presentó en Septiembre del año 2003 a los representantes de la cooperación de Suecia en Nicaragua una solicitud de cooperación denominada "Fortalecimiento al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Sectorial, Suecia Nicaragua 2004 - 2009". Esta propuesta fue preparada con una metodología participativa que involucró a representantes de los SILAIS e instancias del Nivel Central del Ministerio de Salud.

Los representantes de la cooperación del Gobierno de Suecia en el país manifestaron la voluntad de su Gobierno de continuar con el apoyo que han venido brindando al Ministerio de Salud y solicitaron por razones de orden técnico y financiero e intereses de la cooperación sueca en el país, que la propuesta mencionada fuera utilizada como plataforma para la preparación – ya no de un programa de cooperación – sino de un proyecto para el período 2005 – 2007, tomando en consideración el enfoque del marco lógico y las recomendaciones pertinentes emitidas por un equipo de valoración externa contratado para tal fin por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI).

La preparación de este proyecto a estado bajo la responsabilidad de un Equipo Técnico Coordinador, de carácter interinstitucional, donde participan, además del Ministerio de Salud a través de representantes de la Dirección del Primer Nivel de Atención y la Dirección General de Planificación, representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Para su preparación se ha tomado en consideración análisis y cifras oficiales atinentes al desarrollo humano en el país en el contexto nacional, departamental y municipal, del cual salud forma parte de una manera substantiva; los desafíos centrales del sector salud planteados en el marco del Plan Nacional de Desarrollo recientemente propuesto por el Gobierno como un Proyecto de Nación y la situación de salud actual de la población nicaragüense y sus principales condicionantes y determinantes.

También se ha tomado en consideración información proporcionada a través de entrevistas por funcionarios del Nivel Central del Ministerio de Salud y Equipos de Dirección de SILAIS específicos; información proporcionada por funcionarios locales del MINSA, otras instituciones y agentes locales en salud a través de visitas de campo a municipios específicos. En este mismo periodo de preparación de la propuesta, se han realizado consultas con representantes de los SILAIS y del Nivel Central del Ministerio de Salud, e inter consultas varias con las Representaciones de OPS y UNICEF en el país, ASDI y la Dirección Superior del Ministerio de Salud.

El proceso de trabajo que ha conllevado la preparación de este proyecto inició en Diciembre del 2003. La Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo ha contribuido al proceso de preparación de este proyecto a través de la contratación de un facilitador externo, sugerencias específicas y la negociación con la Dirección Superior de la Institución del universo de intervención propuesto.

Contexto

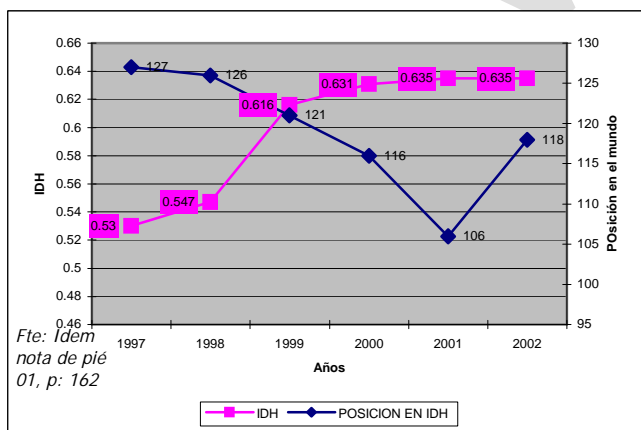
Vamos hacer creíble la esperanza de una Nicaragua mejor²

Nicaragua no ha estado ajena a la preocupación por la incertidumbre del futuro. La historia nos ha heredado algunas dificultades para hacer creíble la esperanza. Nuestro país ha experimentado muchas promesas incumplidas, muchas iniciativas frustradas, una naturaleza a veces adversa que nos hace retroceder en lo avanzado.

Los nicaragüenses tenemos aspiraciones, existe una disposición personal y colectiva para realizarlas y percibimos que tenemos altas capacidades para lograrlas. Sin embargo, nos cuesta construir una imagen esperanzadora del futuro. Percibimos que el ambiente en que nos desenvolvemos es poco predecible y las instituciones públicas, de las que se esperaría que fijaran normas claras para orientar el rumbo de las acciones privadas, tampoco escapan a ese carácter, por lo cual, resultan poco confiables para la mayoría.

De la Nicaragua de comienzos del siglo XXI, no se podría afirmar que ha encontrado un rumbo cierto en su camino al desarrollo. Hay avances importantes, pero también hay dificultades. Lo más significativo es el paulatino afianzamiento de un escenario de democracia y gobernabilidad. En el último cuarto de siglo recién pasado, se han sentado las bases para la realización de cambios democráticos de gobierno en el marco de una institucionalidad política, jurídica y electoral legítima y reconocida internacionalmente. A lo largo de este periodo se ha creado espacios formales de participación de la ciudadanía y de representación de sus intereses. La población observa con sumo interés las transformaciones, que en materia de transparencia en la gestión pública, esta realizando la nueva administración que asumió el poder en Enero de 2002.

Ilustración 1: Índice de Desarrollo Humano en Nicaragua y posición en los Informes Mundiales, 1997 - 2002



En el campo de las oportunidades reales es donde se observan mayores restricciones. Los niveles de pobreza y de vulnerabilidad, que aun enfrenta gran parte de la población, son inaceptables. Aunque la economía ha crecido en los últimos años, persiste su falta de capacidad para generar empleos estables y ofrecer salarios dignos a su fuerza de trabajo.

En 1975 Nicaragua se encontraba mas cerca de El Salvador que de Guatemala y Honduras, cuyos índices de desarrollo

humano eran más bajos. En los últimos años se aproxima mas a estos últimos países que a El Salvador y se aleja aun más de Costa Rica y Panamá. Este lento avance del IDH en Nicaragua derivado de la dificultad de crecimiento del PIB nacional, en el último cuarto de siglo, es el resultado de múltiples factores.

² Reproducido de "El desarrollo humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.-1ra Ed.-Managua: PNUD, 2002, pp: 1 – 10". La elección, organización y presentación de la información es responsabilidad del Editor del documento.

La corrección de los desequilibrios financieros y la estabilidad monetaria, facilitados por las políticas económicas implementadas desde 1991 en el marco de los programas de ajuste estructural, estimularon el crecimiento económico desde 1994 hasta 2000. La crisis internacional y la desaceleración de la economía interna, han incidido en una disminución del crecimiento del PIB en el 2002, creando incertidumbre con relación a los próximos años.

La deuda externa ha sido objeto de una creciente atención. Los esfuerzos que se han realizado en los últimos años para acceder a la iniciativa de países pobres altamente endeudados HIPC podrían contribuir a mejorar substancialmente su situación de endeudamiento externo. Queda pendiente, sin embargo, el acuciante tema de la deuda interna, la que ha crecido desde un 26.7 % del PIB en 1996 hasta un 68 por ciento del PIB en 2001.

Nicaragua vive un momento crucial. Se han alcanzado logros en la democratización del país y en la convivencia ciudadana que permiten vislumbrar un futuro mejor. Estos avances han favorecido el surgimiento de una esperanza cautelosa, en la que puede encontrarse un importante recurso para el desarrollo humano, pues permite que las personas desplieguen sus esfuerzos en actividades creativas. Pero esa esperanza requiere ser acrecentada y dotada de credibilidad. Para esto no basta preocuparse solo del crecimiento económico o de la institucionalidad política. Un futuro creíble se logra cuando las personas experimentan que adquieren capacidades y oportunidades reales para realizar por sí mismos sus aspiraciones.

Los nicaragüenses demandan de la sociedad tres capacidades fundamentales.

Primero, habilitación básica para que sus familias puedan desarrollarse plenamente. Esto significa que sus miembros puedan acceder a una educación de calidad; disponer de una vivienda digna; ser protegidos y apoyados cuando enfrentan condiciones de vulnerabilidad. también un trabajo o condiciones para trabajar que les permita participar de la vida productiva de la sociedad y les asegure un ingreso que represente una justa retribución al esfuerzo desplegado.

Segundo, la existencia de un entorno jurídico y político estable, justo y transparente que asegure reglas del juego iguales para todos y que permita dotar de un grado importante de institucionalidad a la vida social, de manera de desplegar los esfuerzos personales y colectivos en un entorno de seguridad.

Tercero, la existencia de una democracia participativa y de un debate público informado que permita que las decisiones públicas sean un reflejo de las necesidades apremiantes, cambiantes y diversas de los nicaragüenses.

Los nicaragüenses demandan una alianza entre ellos, la sociedad de la que forman parte y las instituciones del estado.

Hacia una política social integral y sostenible: los retos del sector salud³

La importancia del desarrollo social y la inversión en capital humano

El desarrollo social y la inversión en capital humano a nivel nacional son la condición necesaria para el crecimiento económico sostenible y de largo plazo. Las condiciones sociales son las que determinan el nivel de demanda interna a través de su poder adquisitivo como de productividad, según la capacidad del trabajo determinado por su nivel de educación, capacitación y salud. Son estas condiciones que atraen a la inversión privada tanto nacional como extranjera.

Simultáneamente, en lo político, solo en la medida de que los ciudadanos sean educados y saludables y que estos reciban los beneficios de una buena administración pública es que podrá existir credibilidad en las instituciones democráticas y condiciones de gobernabilidad.

Nicaragua se encuentra en una crítica disyuntiva histórica para establecer estas condiciones sociales, necesarias para su crecimiento económico y encontrar su camino de desarrollo sostenible. de no hacerlo, las condiciones sociales actuales podrían desembocar en una espiral perversa de deterioro de la gobernabilidad y en consecuencia, mayores niveles de pobreza y exclusión social. Los esfuerzos para el desarrollo social, por lo tanto, deben comenzar inmediatamente para lograr en el mediano plazo las metas trazadas en la ERCERP, solo que ahora de manera integrada a una estrategia económica productiva nacional y a una política social coordinada y articulada en el territorio.

Una de las urgentes acciones que debe enfrentar el gobierno, es por lo tanto mejorar la eficiencia y la equidad de la inversión social pública, lo que significa reducir los costos unitarios de provisión de educación, salud, protección, vivienda, comunicación, energía eléctrica, agua potable, etc. Esto se logrará por medio de: a) reformas que aumenten la eficiencia en cada una de las organizaciones gubernamentales responsables de la política e inversión social; b) por medio de una mejor coordinación y ejecución a nivel territorial de los programas de inversión pública; c) la revisión a fondo de la asignación de gastos entre distintos componentes de los subsistemas de educación y salud. El Gobierno priorizará la inversión en donde pueda beneficiar de manera más eficiente a un mayor número de habitantes. En este sentido, el planteamiento estratégico consiste en aumentar la inversión de servicios y de apoyo social en los territorios, donde se fortalezcan los municipios y se incentiven los aglomerados productivos. Para ello se establecerá una estructura institucional organizativa que articule la política social de manera descentralizada y eficiente, como la que se propone más adelante.

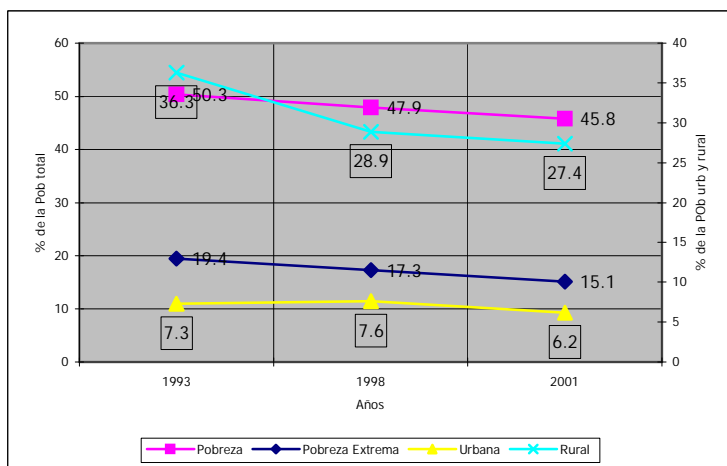
La política social, siguiendo los principios establecidos y los avances realizados hasta la fecha, se conformará de los siguientes componentes:

- a) Una política social articulada con la política macroeconómica (monetaria y fiscal) para prevenir impactos perjudiciales a los grupos más vulnerables, que promueva el empleo y favorezca una redistribución del ingreso y aumente los recursos de inversión pública orientados a estos grupos.
- b) Una política integral de combate a la pobreza, incorporando a los sectores sociales excluidos al mercado laboral y empresarial fomentando la inversión en capital humano y capital social, de manera coordinada y descentralizada territorialmente.
- c) Una mayor cobertura y calidad de los servicios sociales básicos universales de educación y salud aumentando la eficiencia en la prestación de servicios

³ Reproducido de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, pp: 163 – 234". La elección, organización y presentación de la información es responsabilidad del Editor del documento.

- d) Una política de protección social que atienda los problemas más urgentes de los grupos más vulnerables y mitigue y prevenga las situaciones de riesgo y vulnerabilidad.
- e) Una política de ampliación y mejoramiento de la infraestructura social en educación, salud, protección especial, agua, saneamiento y vivienda con nuevas modalidades que permitan una asignación más eficiente y coordinada de la inversión pública.

Ilustración 2: Pobreza y extrema pobreza como % de la Población total, urbana y rural



Fte: Elaboración propia a partir de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua. Gobierno Bolaños. 2003. pp. 149

La pobreza como fenómeno multidimensional Nicaragua es uno de los países más pobres de Latinoamérica; su PNB per cápita es solo un tercio del promedio regional. De treinta y tres países latinoamericanos, Nicaragua es el más pobre después de Haití. Por eso, no es de sorprenderse que, con base en el índice de consumo, casi la mitad (45.8%) de la población de Nicaragua es pobre. Esto equivale a 2,3 millones de personas, de las

cuales, 785.955 (15.1 %) son extremadamente pobres. Medida según el método de distribución del ingreso, la pobreza global es de 51.9 % y la pobreza extrema es 23.2 % por ciento. Aunque la incidencia de la pobreza siguió siendo elevada en el 2001, hubo una pequeña reducción, en comparación a 1998, sin embargo, la cantidad absoluta de pobres se mantuvo constante con respecto a 1998.

Recuadro 1: Principales características de la Pobreza en Nicaragua, 2002

Las principales características de la pobreza en Nicaragua son: ruralidad, perfil agrícola, altas tasas de crecimiento poblacional, de fertilidad y fecundidad, alta prevalencia de desnutrición, alta tasa de dependencia, bajos niveles educativos, altas tasas de deserción y repitencia escolar, altas tasas de mortalidad materna e infantil, falta de acceso a servicios básicos, carencia de recursos productivos, desempleo, viviendas precarias, mayor vulnerabilidad ante riesgos ambientales y desastres naturales. La población en extrema pobreza se encuentra mayoritariamente en las zonas rurales y corresponde a la población involucrada en el empleo agrícola. Mas de dos tercios de la población rural es pobre, mientras en las zonas urbanas esa relación es de un tercio. La extrema pobreza rural supera en cinco veces a la de las zonas urbanas.

Fte: OPS/OMS. Análisis de situación de salud de Nicaragua 1997 – 2002 (Versión borrador del 27 de Marzo 2003)

La pobreza muestra grandes diferencias regionales en cuanto a incidencia, intensidad y evolución de la pobreza. En términos relativos, la pobreza y la pobreza extrema siguen siendo abrumadoramente rurales. Dos de cada tres personas en las áreas rurales son pobres en comparación con una de cada tres en las áreas urbanas. En la región central rural, la pobreza extrema aumentó 1.1 puntos porcentuales y la pobreza extrema 5.7 puntos porcentuales en el año 2001 en comparación con 1998. Las áreas rurales no solo tienen la mayor parte de hogares pobres, sino también la mayor brecha de pobreza⁴.

⁴ Se define la brecha de pobreza como el aumento porcentual en el consumo que se necesita para alcanzar la línea de pobreza.

Los desafíos del sector

Aspectos globales

El mejoramiento de las condiciones de salud contribuye a la reducción de la pobreza y al acervo de capital humano. La salud se convierte en un factor necesario para el empleo, la inversión, la productividad del trabajo y el crecimiento económico, teniendo el estado que procurar los servicios mínimos de salud de manera universal especialmente de los grupos de ingresos bajos y más vulnerables.

A pesar de que algunos indicadores importantes han demostrado mejoras en los últimos años otros se encuentran estancados. Todavía persisten grandes debilidades en la asignación de recursos, en la gestión de salud y en la provisión de servicios. En la actualidad, la oferta de servicios se concentra en intervenciones curativas, en detrimento de los servicios de promoción y prevención. Por otro lado, la oferta esta limitada por la insuficiente dotación y asignación inadecuada de recursos humanos, por carencia de insumos médicos y no médicos.

Se estima que solo el 45 % de la población tiene algún acceso a los medicamentos del MINSA, priorizando la entrega a menores de cinco años y mujeres embarazadas. La distribución in equitativa de la oferta de servicios favorece a la region del pacífico en recursos humanos, tecnología y acceso a los servicios. Los sistemas de garantía de calidad para los establecimientos de salud todavía son incipientes.

Además, existen limitaciones en la capacidad gerencial del MINSA traduciéndose entre otras cosas en debilidades de coordinación en el nivel central, entre las áreas técnicas y entre las múltiples unidades coordinadoras de proyectos, en parte por la falta de institucionalización de los mecanismos o por falta del uso de mecanismos de seguimiento ya diseñados.

La Ley general de Salud aprobada en el 2002, introduce cambios jurídicos orientados a garantizar la equidad de la salud, impulsar acciones intersectoriales, garantizar la atención a la población vulnerable y establecer sistemas de garantía del control de la calidad de los bienes y servicios. Si bien hay avances en la promulgación de la Ley y su Reglamento, aun están pendientes normas técnicas, manuales, protocolos de atención, indispensables para asegurarse que el sector cumpla con su rol rector.

Aun persisten marcados vacíos en la eficiencia del sector, un tema de mucha importancia para las reformas, particularmente para la organización del sector. Todavía falta definir las funciones y roles en el sector salud (privado y publico), en el propio nivel institucional incluyendo el rol de los SILAIS, municipios y su relación con los hospitales. En la actualidad el MINSA se caracteriza por un alto nivel de centralización y por un deficiente funcionamiento en los niveles intermedios (SILAIS, Municipios).

Los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua pueden apreciarse, de manera sintética, en la tabla que se muestra a continuación.

Tabla 1: Ejemplos de los efectos multidimensionales de la pobreza en Nicaragua

<i>Dimensión</i>	<i>Efecto</i>
Pobreza y desigualdad	El 10 % más rico del país tiene un ingreso promedio 19 veces mayor que el del 40% más pobre. El 10 % más rico recibe el 45 % del ingreso total del país, mientras que el 40% más pobre recibe solo el 10 %. El 20 % más rico consume el 49.2 % del consumo total del país, mientras que el 20 % más pobre solo consume el 5.6 %.
Pobreza y desempleo	La tasa global de desempleo no ha cambiado entre 1998 y 2001, pues según la encuesta del 2001, es del 11.3 %. Sin embargo, la tasa es mayor en los hogares pobres, pues llega a un máximo del 25.6%.
Pobreza y población	El crecimiento demográfico, los cambios en la estructura etaria y las migraciones tanto internas como externas tienen importantes implicaciones para la política pública y el combate contra la pobreza. La condición de pobreza y vulnerabilidad en los hogares nicaragüenses no solo se debe a que perciben ingresos por debajo de la línea de pobreza o tienen necesidades básicas insatisfechas, sino también porque presentan mayores índices de dependencia, mayores tasas de crecimiento poblacional, más madres adolescentes solteras; además de carecer de la mayoría de los servicios sociales básicos y participación laboral y política.
Pobreza y corrupción	La pobreza, además de caracterizarse por un ingreso inadecuado, también refleja la falta de acceso a servicios públicos de calidad que permitan obtener las condiciones mínimas para el desarrollo humano; la falta de oportunidades y temores al hostigamiento y la marginación; la falta de voz, de representación política y acceso a la información. La corrupción entendida como el abuso del poder, está vinculada directamente a estos problemas y afecta primordialmente a los pobres. Los afecta de manera directa en la medida que incrementa el costo de los servicios públicos y limita su acceso. También distorsiona la credibilidad y la confianza de los pobres en los servicios públicos y autoridades que aceptan pagos indebidos.
Pobreza y violencia intrafamiliar	La VIF constituye una violación a los derechos humanos más básicos, así como un problema de salud y seguridad ciudadana. Su ocurrencia es de gran magnitud en Nicaragua y se sustenta en una compleja red de estructuras culturales y sociales, lo que dificulta su estudio, prevención y tratamiento. Las denuncias de violencia intrafamiliar y sexual en el 2001 se incrementaron un 2% con respecto al año anterior. En 1998 la Encuesta de Demografía y Salud, mostró que una de cada tres mujeres entrevistadas había sufrido de abuso físico, sexual y emocional.

Fuente: Elaboración propia a partir de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, pp: 167 – 178".

El modelo previsional del INSS, basado en la compra de servicios a las Empresas Medicas Previsionales han contribuido al incremento de la provisión de servicios pero también han contribuido al encarecimiento de los cuidados de salud de la población. Por otro lado esta demostrado el subsidio del subsector publico al modelo de salud previsional que se concreta de varias formas:

- A través de los hospitales públicos que participan del mercado privado de servicios de salud con aranceles inferiores a los valores del mercado;
- A través de la venta de servicios a las Empresas Medicas Previsionales que contrata el INSS;
- A través de la atención a pacientes de alta complejidad no contemplados en la canasta básica del modelo de salud previsional, donde el subsector publico asume el costo de este tipo de atención.

Lo anteriormente descrito conduce a que el subsector publico consuma sus escasos recursos en acciones curativas individualizadas de bajo impacto social, duplicando esfuerzos y recursos sociales en segmentos de población cubiertas por otras modalidades de financiamiento, con repercusiones en las posibilidades de atender a poblaciones vulnerables que lo ameriten, aumentando el riesgo de enfermar y morir.

Situación Epidemiológica

El perfil epidemiológico se encuentra determinado por el desarrollo social y económico del país. En el caso de Nicaragua, dicho perfil se manifiesta en una combinación de enfermedades producto del deterioro del ambiente y las condiciones de pobreza en que vive la mayor parte de su población, con otras típicas de países desarrolladas, como son patologías del aparato circulatorio, diabetes mellitus, y las derivadas de causas violentas como el trafico de vehículos de motor y los suicidios, entre otras.

La tasa de mortalidad general en el quinquenio 1995 – 2000 fue de 5,6 por mil habitantes, estimándose para el quinquenio 2000 – 2005, una disminución que lleve dicha tasa a 5,2 por mil habitantes. Las principales causas de mortalidad en el país están vinculadas con los problemas del ambiente y las condiciones de extrema pobreza en que vive la mayor parte de la población. Algunos indicadores seleccionados pueden apreciarse en la tabla que se presenta a continuación.

Por otro lado, existen grandes deficiencias en la capacidad de las instalaciones físicas. Muchas de las unidades en el nivel primario carecen de condiciones básicas para funcionar y los hospitales actuales en su mayoría han concluido su vida útil. también, hay grandes necesidades en el equipamiento de las unidades de salud.

En síntesis, la mala salud reduce el ingreso del trabajador y de la familia; el gasto aumenta según el numero de enfermos hasta un limite intolerable; la reducción del gasto publico se ha trasferido de manera directa y acelerada hacia el gasto de los hogares; existe un incremento insuficiente de la seguridad social con serios prejuicios a las finanzas del sector publico; existe desigualdad en el acceso de los servicios; los mas pobres han aumentado mas la proporción del gasto en salud con relación al consumo total del hogar; la población se descapitaliza ante la enfermedad; y la salud puede ser un factor de crisis familiar.

Tabla 2: Principales causas de mortalidad en Nicaragua, indicadores seleccionados y breve descripción, 1998 - 2002

Indicador	Descripción
Mortalidad materna	Paso de 118 a 100,3 por mil nacidos vivos registrados entre 1998 y 2002. Las mujeres de veinte años representan aproximadamente el 20 % de estas muertes
Mortalidad infantil	Entre 1998 y 2002, pasó de 40 a 31 por mil nacidos vivos. La mortalidad neonatal precoz descendió de 9,6, a 9,0 por mil nacimientos registrados en el mismo periodo, causada principalmente por síndrome respiratorio, hipoxia y asfixia del recién nacido
Infecciones respiratorias agudas	Se encuentran entre las primeras causas de mortalidad registradas. La incidencia aumento de 23 a 25,6 entre 1998 y 2001, y la prevalencia en niños ⁵ menores de cinco años aumentó en 26 y 31, respectivamente. Los niño/a s de 6 a 23 meses presentaron la más alta prevalencia, siendo la neumonía la causa de muerte más importante.
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Presentaron una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes en el 2001. Estas enfermedades se deben principalmente a una deficiente infraestructura sanitaria y malos hábitos de higiene, siendo por lo tanto, las de transmisión hídrica con la diarrea y el cólera las más importantes, que aunque han disminuido significativamente en la década de los noventa, aun presentan tasas de mortalidad elevadas.
Enfermedades vectoriales	La malaria presentó una tasa de 67 por diez mil habitantes en 1998, aumentando hasta 74 por diez mil en el 2001, observándose una tendencia a la urbanización de la enfermedad, resaltando la zona costera del Lago de Managua como una de las más afectadas. El Dengue es endémico en Nicaragua y ha venido presentando un comportamiento cíclico, registrándose 429 casos en 1998 y 240 en el 2001.
Enfermedades de transmisión sexual	La más frecuente es la gonorrea, que aumento de una tasa de 54,1 a 63,9 por cien mil habitantes entre 1998 y 2001. En el mismo período, la tasa de casos de SIDA se elevó de 0,62 a 1,5 por cien mil habitantes.

⁵ En todos los casos la mención en el documento de niño equivale a niño/a

Fte: Elaboración propia a partir de "Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, p: 193"

Desbalance entre prevención y recuperación de la salud

No existe un balance entre las acciones de prevención y las acciones de recuperación de la salud. La información y educación en salud se ha manejado de manera aislada, sin estar enmarcados dentro de una estrategia de promoción y sin garantizar la continuidad, periodicidad o efectividad de los mensajes. El MINSA ya cuenta con una estrategia de comunicación y acción comunitaria para 6 SILAIS para mejorar la capacidad de los hogares y comunidades en la prevención y tratamiento de las enfermedades más comunes. Hace falta contar con la articulación intersectorial y la participación ciudadana para la solución de algunos problemas de salud.

Reforma del sector

Uno de los aspectos claves para profundizar la reforma es asegurarse que el MINSA logre avanzar en la implementación de la nueva Ley de Salud. El MINSA aun no cuenta con todas las herramientas necesarias para poder ejercer su función reguladora y asegurar que el resto de las instituciones del sector cumplan con lo establecido por la Ley. Aun falta elaborar una serie de normas y manuales de procedimientos, como la acreditación tanto de proveedores, profesionales y unidades de salud. Asimismo se hará necesario capacitar al personal de salud sobre las nuevas normas.

Hace falta elaborar una nueva política de salud, las mas recientes caducaron en el 2002, y eran en su mayoría políticas institucionales. Ahora el MINSA deberá impulsar la definición de buenas políticas que aborden los temas del sector y no solo del propio ministerio.

Lineamientos estratégicos sectoriales

Los lineamientos de salud son tres: i) aumento de la cobertura y calidad; ii) promover cambios en la conducta en los hogares para incrementar la prevención; y iii) profundizar las reformas sectoriales vitales para el MINSA, como parte del proceso de modernización.

Aumentar la cobertura y calidad

El MINSA implementara un nuevo Modelo Integrado de gestión Social, con el propósito de satisfacer las necesidades de la población y promover el desarrollo de vidas saludables. El modelo se centra en las personas y no en la atención de las enfermedades e incluye el fomento del desarrollo saludable de grupos de población vulnerables, vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niño/a s, control prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del periodo puerperal. Incluye Servicios dirigidos a adolescentes basados en consejería y detección temprana de los principales problemas de salud.

Una tarea fundamental será ordenar la red de servicios de salud para que responda al nuevo modelo de atención diseñado recientemente. Los esfuerzos para incrementar cobertura se concentraran particularmente en el nivel primario, donde los sectores más pobres de la población tienen la máxima necesidad de servicios de salud.

La atención de salud se centra en la familia y se intervendrá con base a los factores de riesgo y daños en el seno de la familia, promoviendo el auto cuidado de su salud y el apoyo mutuo entre sus miembros. Los servicios priorizados son los de las mujeres en edad fértil, adolescentes y niño/a s. En Nicaragua, la mujer ha sido tradicionalmente la clave para la salud y la educación familiar, de esta manera su salud y educación son variables vitales para mejorar el bienestar de la familia.

Los cuellos de botella más grandes para incrementar cobertura de servicios de salud es incluir áreas rurales alejadas, en donde no es necesariamente costo eficiente contar con una unidad de salud. Se fortalecerá la provisión de servicios mediante la contratación de proveedores privados. también se seguirán impulsando alternativas innovadoras como la instalación de nuevas casas maternas, con el apoyo de las comunidades.

Será necesario lograr la integración de los servicios de planificación familiar y de atención médica reproductiva, y lograr implementar la estrategia de cuidados obstétricos básicos y de emergencia. Se deberá contar con mayor y mejor calidad de la atención prenatal, incrementar los partos asistidos por personal especializado con capacidad de atender emergencias obstétricas básicas, mejorar los servicios nutricionales para las madres embarazadas y mejorar el tratamiento de las enfermedades comunes de la niñez.

Además se hará necesario invertir en el mejoramiento de la infraestructura de las unidades de salud incluyendo su equipamiento. El ordenamiento de la red será vital para la racionalización de recursos, si bien se priorizara el nivel primario, también se deberán llevar a cabo inversiones en el nivel secundario priorizando los principales problemas de salud. También, se promoverán cambios de conducta en los hogares para incrementar la prevención de enfermedades.

Los servicios de salud se orientaran en la comunidad y en el municipio, por lo que se promoverá la participación de estos en la gestión de salud. El nuevo modelo contempla que se impulsen servicios de promoción y protección, incluyendo información, educación y comunicación a la población dirigida al fomento de hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud. Se deberá ampliar la estrategia de comunicación y acción comunitaria para todos los SILAIS lo cual permitirá contar con campañas de información y prevención nacionales enmarcadas dentro de una sola estrategia para todo el país.

Definir roles y funciones claves

Dentro de las reformas en salud se priorizará la definición de roles de los SILAIS, municipios y sus relaciones con los hospitales. Asimismo, se mejorarán las coordinaciones con los otros actores como el INSS. Se continuara dotando al INSS de herramientas de manejo administrativo, financiero y contables, para apoyarlo en la administración eficiente de sus recursos y brindar mejor servicio a sus asegurados. Se continuara apoyando el modelo de salud previsional y de riesgo profesional. Se ampliara el sistema de capitalización individual que será manejado por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Se seguirá apoyando el modelo de salud previsional, el cual promueve la compra de un paquete básico de servicios médicos y medicinas para la atención de los asegurados y sus beneficiarios, implementando el programa de acreditación y control de calidad. El MINSA como entidad rectora del sector velara por el buen cumplimiento y su previsión del INSS.

Elaborar nuevas políticas

El MINSA evaluara sus políticas de salud anteriores y diseñara políticas nuevas enmarcadas dentro de su nuevo rol, por un periodo de largo plazo. La estructura programática presupuestaria, las nuevas políticas y el plan nacional de salud, serán herramientas claves para impulsar en el corto plazo un enfoque sectorial en salud en el cual se espera que el financiamiento del sector apoye las políticas sectoriales con programas únicos de gastos, en vez de proyectos que financien unidades coordinadoras y que no necesariamente apoyan las políticas. Se espera que con el enfoque sectorial en salud se logre mayor eficiencia y equidad, disminuir los costos de transacción y apoyar la sostenibilidad de políticas de salud.

Promover la descentralización

La definición del rol de los SILAIS será de vital importancia para impulsar el modelo de descentralización de los recursos que se base en la gestión mejorada a través de los SILAIS. Ya se han sentado las bases para mejorar la asignación de los recursos, y para descentralizar los recursos de manera transparente, ya que en los últimos tres años el MINSA ha diseñado una estructura programática presupuestaria que recoge las demandas desde los municipios, incorporando dentro de la estructura las metas de la ERCERP vinculando así los insumos con los resultados.

La estructura programática presupuestaria todavía es incipiente, hace falta que el nivel central se apropie del proceso, y que entregue los presupuestos a los SILAIS y hospitales según la programación, además se necesita fortalecer la capacidad de rendición de cuentas de todas las unidades. Esta pendiente ponerse de acuerdo con una fórmula de asignación de recursos para los SILAIS y hospitales, para la cual ya se cuentan con algunas propuestas preliminares.
Profundizar la autonomía hospitalaria

Un reto mayor de la reforma será profundizar e impulsar la autonomía hospitalaria. Se han invertido recursos para la mejoría de la gestión hospitalaria, la cual ha avanzado lentamente. Todavía falta mejorar la rendición oportuna de cuentas y que los mecanismos de seguimiento y evaluación funcionen mejor. Los presupuestos de los hospitales todavía son manejados en el nivel central, y se espera que los presupuestos de los hospitales se vayan descentralizando, una vez creadas las condiciones.

Un aspecto clave será continuar incorporando convenios de gestión con los hospitales en la búsqueda de vincular la asignación presupuestaria a los indicadores de productividad, calidad y eficiencia, con el objetivo de lograr contar con un sistema moderno gerencial en los hospitales.

Implementar un Plan de Recursos Humanos

Se deberá implementar un plan que responda a la reorganización de la red de servicios de salud para mejorar el sistema de administración de los recursos humanos. Se necesitan elaborar políticas salariales, poner en marcha un sistema de evaluación del desempeño, implementar sistemas de capacitación e implementar un sistema de administración de recursos humanos para que responda a las necesidades de la descentralización.

Disminuir la desnutrición

Los altos niveles de desnutrición de los niño/a s en Nicaragua continúan, a pesar de las grandes inversiones en programas de nutrición. El problema ha sido que los esfuerzos anteriores se concentraron en la atención a los efectos, a través de la distribución de alimentos, y no a las causas de la desnutrición como son la falta de ingresos y empleos suficientes para los sectores más vulnerables, así como los hábitos de consumo. Otros determinantes de la desnutrición incluyen la alta incidencia de diarrea, la poca educación de la madre, la falta de agua segura, el hacinamiento y el corto espaciamiento entre nacimientos.

La nueva estrategia, concentrada en medidas preventivas y de solución a los problemas crónicos de desnutrición de los niño/a s de menos de dos años de edad, se dirigirá inmediatamente al nivel de hogares y de las comunidades. Además del programa de nutrición per se, hay otras actividades que tendrán un gran impacto sobre la nutrición de la familia y el niño/a . Especialmente importantes son los proyectos que ayudaran a los pequeños productores: proyectos para la producción de alimentos, mejor acceso al crédito, y esfuerzos de capacitación. De esta manera, en el mediano plazo, el énfasis más amplio de la nutrición será mejorar la coordinación interinstitucional para resolver el problema de manera sostenida.

La estrategia de nutrición enfocara especialmente acciones y programas que involucren a la comunidad y a la familia para inducirlos a mantener o fortalecer buenos hábitos de alimentación, higiene, salud preventiva y cuidados materno infantiles. Se desarrollaran actividades específicas a fin de dar seguimiento y evitar daños irreversibles en los menores de dos años. Se promoverán buenas prácticas para el cuidado del niño/a . Se controlara periódicamente el peso y talla de los infantes y se suplirá de hierro a las mujeres embarazadas y lactantes. La adición de vitamina "A" al azúcar, hierro a la harina y yodo a la sal, tienen efectos positivos sobre la reducción de la morbi-mortalidad y deficiencias nutritivas específicas. De esta manera, el gobierno fortalecerá el sistema para garantizar que los alimentos cuenten con estos suplementos requeridos, especialmente para las áreas donde la desnutrición es predominante.

En el mediano plazo, el gobierno mejorara la coordinación interinstitucional de muchas acciones que afectan los niveles nutricionales. El enfoque será utilizar una gama de métodos para fomentar mejores practicas de salud preventiva – cambios en el currículo de las escuelas primarias, programas de analfabetismo funcional, y la promoción de mejores practicas higiénicas – al mismo tiempo que se mejora la cobertura y la calidad de los servicios de salud y agua segura.

La Cooperación Externa: un elemento crucial para el desarrollo de la Salud Pública⁶

Antecedentes y Situación actual

Después de las limitaciones en materia de cooperación que sufrió Nicaragua hasta el año 1990, en el período 1990-1995 la cooperación externa ascendió a US\$4,032.3 millones, de los cuales US\$2,734.8 millones correspondieron a fuentes bilaterales (66,0% y 34,0% en donaciones y préstamos respectivamente) y US\$1,297.5 millones a fuentes multilaterales (32,05 y 68% en donaciones y préstamos respectivamente).

La cooperación de los Organismos no Gubernamentales para todos los sectores, en este período ascendió a US\$316,8 millones, de estos el sector social absorbió el 57,2% dentro de los que se encuentra el Programa de Atención a la Niñez y la mujer, Atención Primaria y otros.

De acuerdo a las Memorias del Ministerio de Salud, esta Institución en el período Enero/93-Septiembre/96 ejecutó un monto de US\$ 4153,4 millones a través de 48 proyectos, de los cuales 34 se derivan de fuentes bilaterales y 14 de fuentes multilaterales.

El destino de la cooperación en materia de salud ha sido: 33% de la cooperación ha estado dirigida al desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS); 26% al Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud; 24% al Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento Médico y 16% al Desarrollo de Programas de Salud.

Desde el año 1997 al 2002 el Ministerio de Salud ha contratado recursos externos por un orden aproximado de US\$337,759,181 procedentes de diversas fuentes de cooperación bilateral, multilateral y de organismos no gubernamentales.

Estos recursos estuvieron dirigidos principalmente a la Atención Primaria con un 78%; Atención Secundaria con el 10% y el Nivel Central con 12%.

⁶ Reproducido de "MINSa. Diagnóstico de la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 4 – 8 ". La elección, organización y presentación de la información es responsabilidad del Editor del documento.

En este período se destacan las siguientes fuentes bilaterales y multilaterales de cooperación: Estados Unidos, Japón, Suecia, Finlandia, Holanda, Luxemburgo, Dinamarca, Italia, Banco Mundial-BID, Unión Europea, OPS/OMS, FNUAP y UNICEF.

En el **trienio 2000-2002**, el Ministerio de Salud ha firmado un total de 82 Convenios de Cooperación con 75 Organismos Bilaterales, Multilaterales, Organismos no Gubernamentales e Interinstitucionales con montos de US\$437,766,964; US\$29,568,795 y US\$27,083,770 respectivamente para cada año, reflejando un total de US\$94,419,528 para el trienio.

En este Trienio, la cooperación internacional total estuvo dirigida por una relación en cifras de US\$92,618,446 para Atención Primaria contra US\$1,801,082 en Atención Secundaria. Por año, la relación porcentual respectivamente entre Atención Primaria y Atención Secundaria, fue la siguiente: 2000 (100.0% vrs. 0.0%); 2001 (97.8% vrs. 2.2%) y 2002 (95.8% vrs. 4.2%).

Según su magnitud en recursos financieros externos, los proyectos⁷ más relevantes los podemos clasificar de la siguiente manera:

- Rehabilitación y Equipamiento de Centros de Salud del pacífico –*Japón*.
- Programa de Cooperación Técnica –*OPS/OMS*.
- Proyecto PROSILAIS – *Suecia*.
- Cumplimiento al Programa de Salud 2001-2006 – *CARE Nicaragua*.
- Programa Nacional de Salud Reproductiva - *FNUAP*.
- Apoyo Integral a SILAIS de Masaya, Carazo y Rivas, MACARI – *Luxemburgo*.
- Apoyo Programático a través de la OPS – *Noruega*.
- Reforzamiento del Servicio de la Salud Infantil en nicaragua, Fase II – *Japón*.
- Programa Salud Reproductiva, Equidad y Derechos en Nicaragua – *Finlandia*.
- Fortalecimiento al Sistema Local de Atención Integral, SILAIS Granada – *Japón*.
- Programa de Salud Comunitaria 2000-2003 - *Catholic Relief Services*.
- Programa de Salud Comunitaria 2001-2005 – *ADRA*.
- Servicio Austriaco para el Desarrollo – *OED*.
- Apoyo de la Cruz Roja Nicaragüense - *Cruz Roja Canadiense*.
- Programa de Brigadas Médicas y Material de Reposición Periódica – *Misión Bautista Médico Dental Internacional*.
- Programa de Atención Comunitaria y Brigadas Médicas – *Christian Aid Ministries*.
- Consolidación del Sistema de Reinserción Global de las Personas con Discapacidad - *HANDICAP International*.
- Programa de cooperación Holanda – *OPS Holanda*.
- Programa de Iniciativa Escolar en Alimentación – *Project Concerní International*.
- Programa de Apoyo al SILAIS Río San Juan – *Médicos del Mundo España*.

⁷ Aparentemente, por una omisión involuntaria en el documento original no se hace mención de la cooperación de UNICEF durante este período.

Para un análisis comparativo de la importancia y peso específico de la cooperación externa en relación al Presupuesto de la República y Presupuesto del MINSa, podemos apreciar la siguiente tabla:

Tabla 3: La Cooperación Externa en cifras, 1997 - 2002

AÑO	PRESUP. REPÚBLICA (PR)	PRESUP. MINSa (PM)	COOP. EXTERNA (CE)	CE vs. PR (%)	CE vs. PM (%)
1997	4.701.201.000	814.386.115	-	-	-
1998	5.814.253.500	963.229.780	-	-	-
1999	6.512.348.390	1.847.774.235	-	-	-
2000	7.490.503.147	1.814.175.101	479,051,278	6,40	26,40
2001	8.507.633.882	1.889.710.517	397,540,621	4,67	21,03
2002	12.787.342.676	1.532.245.596	385,978,931	3,01	25,19

Fte: MINSa. Diagnóstico DE la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 7

Iniciativas de coordinación de la Cooperación Externa

El Ministerio de Salud ha sido uno de los sectores más priorizados dentro del marco de colaboración de la cooperación internacional, destinando muchos recursos en acciones que contribuyen a mejorar la atención en salud, estableciendo vínculos mediante los cuales buscan aunar esfuerzo para el logro de objetivos comunes a través del desarrollo de acciones dentro de un contexto amplio. Dichas acciones se contemplan dentro de un proceso de negociación y contratación de recursos externos conducido por la Chancillería General de la República a través de la Secretaría de Relaciones Económica y Cooperación (SREC).

Uno de los roles de la SREC es mantener una comunicación constante en materia de la gestión y coordinación con Agencias y Organismos donantes, así como con los diferentes sectores del país. En este caso, la coordinación con el Ministerio de salud hasta ahora se califica como aceptable. En este sentido, dado el compromiso que se ha planteado el Ministerio de salud, de mejorar la prestación de servicio de la población y el interés que han manifestado los organismos internacionales, a partir de 1997 se ha entrado en un proceso de ordenamiento para un manejo adecuado de los fondos provenientes de la cooperación externa, con el propósito de unificar las líneas de intervención de acuerdo a las políticas y planes de salud definidas por esta institución. En este contexto, el Ministerio de Salud emite, a través de la Resolución No. 74-98, los procedimientos para el manejo de la Cooperación Externa en el Ministerio de Salud.

Resolución N° 74-98

La Resolución N° 74-98 es la que rige los procedimientos para la gestión y consecución de los recursos procedentes de la cooperación internacional; sin embargo, persiste un incumplimiento en su aplicación por parte de los SILAIS, obedeciendo esto en algunos casos al desconocimiento por parte del personal encargado del manejo de la cooperación externa, o a la falta de voluntad en su cumplimiento, reflejándose en la existencia de muchos organismos en el territorio del cual se han realizado las gestiones por medio de la División General de la Planificación y Desarrollo que es la instancia que faculta la resolución para efecto de las gestiones.

Se hace indispensable el cumplimiento de esta resolución ya que permite llevar a través de un proceso ordenado, una mejor conducción de los recursos en función de las necesidades de los territorios, permitiendo prever la planificación de nuevos programas de cooperación así como la sostenibilidad de los mismos.

Asimismo, es evidente la falta de asistencia técnica por parte del nivel central de los SILAIS en el tema de cooperación externa, siendo de vital importancia ya que los recursos externos contemplan el 70% del total de las inversiones del Ministerio de Salud.

La Cooperación Internacional, ha venido jugando un papel sustancial en el desempeño del sector salud y su contribución para el fortalecimiento del desarrollo de los servicios de salud, al igual que el fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud, de tal manera que se crea la necesidad de definir un espacio de consulta hacia la comunidad cooperante, como una instancia de coordinación entre el Ministerio de Salud y los organismos cooperantes, instaurándose a partir de 1998 la Comisión Interagencial de Apoyo a la Modernización (CIAM). En vista que el nivel de coordinación exigía ser cada vez más efectivo, se crea la necesidad de ampliar este espacio, surgiendo de esta manera la instancia (CIASS) – Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud.

CIASS

En el mes de agosto del año 2001, se da la creación de la Comisión Interagencial de Apoyo al Sector Salud (CIASS), como una instancia consultiva de la Dirección Superior del Ministerio de Salud y de la estructura de Dirección del Nivel Central del ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 111-2001. Dicha Resolución comprende en su reglamento la conformación de un Comité Coordinador cuya función es de servir de interlocutor entre la comunidad donante y el Ministerio de Salud.

Este espacio de diálogo entre el Ministerio de Salud y la Comunidad Cooperante a facilitado el desarrollo de muchas intervenciones mediante la discusión de temas muy importantes para el sector salud. En el período comprendido 1998-2002 se llevaron a cabo 14 sesiones en las que se han abordado los siguientes temas⁸:

Proyecto de Ley General de Salud.
Enfoque del sector salud de Nicaragua.
Análisis sectorial y programa de inversiones.
Congreso nacional de Atención Primaria en Salud.
Avances del Proyecto de Modernización del Sector Salud.
Ministerio de Salud y las perspectivas del enfoque sectorial.
Evaluación de los 100 días de gobierno por parte del MINSa.
Plan Institucional 2001-2002 e informe sobre medicamentos.
Cooperación Internacional en la zona de la Mosquitia nicaragüense.
Presentación del SIROM y del SIMINSA a la comunidad cooperante.
Avance del Plan Estratégico Básico del Ministerio de Salud 2003-2007.
Conformación de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Modernización.
Presentación de propuesta de proyectos de salud en reunión de Estocolmo.
Abordaje de la Estrategia Reforzada para la Reducción de la Pobreza.
Declaración de políticas hacia un programa nacional de salud sexual y reproductiva.

Para el año 2003 se han llevado a cabo dos sesiones más de diálogo consistentes en dar a conocer los resultados del año 2002 y presentación de las prioridades de trabajo 2003 del MINSa, así como

⁸ Aparentemente por olvido en el documento original no se ha mencionado la ECAP como un tema relevante en la agenda de la CIASS

la conformación de la Mesa de Coordinación del Sector Salud. Por otra parte, a través del Comité, se han sostenido diferentes reuniones donde se ha dado lugar a realizar discusiones y análisis con el MINSA, en función de las grandes líneas de acción como son la elaboración del Plan Nacional de Salud, Evaluación de Políticas de Salud y el Enfoque Sectorial, como la nueva modalidad de cooperación al Sector Salud.

Dentro de este proceso de desarrollo surge la necesidad de la creación del Consejo Nacional de Salud, como una instancia de coordinación que aglutine las acciones principales vinculadas con los diferentes sectores del país con el único propósito de mejorar las condiciones de salud de la población nicaragüense.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Con el objetivo de elevar la calidad de prestación de los servicios, el MINSA, a través de la Resolución N°180-2002, crea el Consejo Nacional de Salud, instancia que define tanto a nivel nacional como departamental, el rol que tiene como órgano encargado de brindar asesoría y consulta con carácter permanente y constituido con representación del sector público y privado multisectorial y de la sociedad civil, a fin de contribuir en la definición de las actividades que realiza el Ministerio de Salud para garantizar la calidad de prestación de servicios.

A partir de entonces se conforman oficialmente los Consejos Locales de Salud, a través de los cuales se pretende encauzar los esfuerzos que se hacen en la búsqueda de la ayuda externa; promueven además la planificación y gestión participativa, y la coordinación de la cooperación internacional a nivel local.

Es importante que estos consejos departamentales sean fortalecidos mediante capacitaciones, o a través de asistencia técnica, para que estos jueguen un papel más proactivo y puedan generar resultados mucho más efectivos y una mayor participación en la elaboración de los planes municipales, ordenamiento de la cooperación externa en función de la equidad de los recursos, promoción de relación estratégica entre los procesos de desarrollo local.

Actualmente el Ministerio de salud ha entrado a una nueva iniciativa para la gestión de los recursos externos, bajo una nueva modalidad de cooperación como es el Enfoque Sectorial. Siendo esta una alternativa para mejorar la utilización de los fondos externos, esta instancia de coordinación es la indicada para apoyar a nivel local el proceso de gestión y canalización de la cooperación internacional.

En la tabla que se presenta a continuación se encuentra un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la cooperación externa en el Ministerio de Salud.

Tabla 4: Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Cooperación Externa en el MINSA, 2003

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Instancia definida para el manejo de la Cooperación Externa en el MINSA.	Voluntad de la comunidad cooperante en apoyo al MINSA.	Falta de una cartera de proyectos para someterlos a gestión ante los Organismos Cooperantes de manera proactiva.	Políticas de Cooperación no muy flexibles.
Conformación de comités como mecanismos de Coordinación con la Cooperación Externa.	MINSA cuenta con buen apoyo para el Fortalecimiento Institucional.	Muchos Proyectos no han sido diseñados con la participación de los actores principales.	Poca confiabilidad de los organismos en la capacidad de ejecución del MINSA.
El MINSA cuenta con una visión de futuro para una mejor Gerencia de la cooperación Externa, con Enfoque Sectorial.	Iniciativas de coordinación del MINSA es apoyada por la comunidad cooperante.	Algunos proyectos no apuntan a las necesidades reales del territorio.	Falta de coordinación entre los Planes, Políticas de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo.
Coordinación Interinstitucional bastante consolidada.	Transferencias de nuevas tecnologías mediante la Cooperación Técnica a personal de salud.	Poca información de parte de las Unidades Ejecutoras de Proyectos al MINSA.	***
Se cuenta con un plan de acción para el ordenamiento del manejo de la cooperación externa.	MINSA facultado como Órgano Rector de la Salud.	Pobre seguimiento a los proyectos.	***
Recursos calificados.	Asesorías técnicas.	Falta de capacitación a recursos involucrados en el manejo de los proyectos y la Cooperación Externa.	***
Cuenta con un nivel básico de información de los proyectos.	Sistema de información existente.	***	***
Mecanismos de Coordinación establecidos en los comités de proyectos.	Mejor coordinación con cooperantes.	Indefinición de indicadores para el seguimiento y evaluación de los proyectos.	***
***	Desarrollo de acciones conjuntas MINSA/Cooperantes.	Inexistencia de metodologías de evaluación a los proyectos.	***

Fte: MINSA. Diagnóstico de la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 50

Justificación

Este proyecto se inscribe en el marco de la necesidad de avanzar progresivamente en la consecución del desarrollo socioeconómico en Nicaragua, privilegiando las contribuciones que en este sentido se pueden generar desde el sector salud.

La premisa central es que el desarrollo de las capacidades de liderazgo y rectoría que el Ministerio de Salud debe jugar para poner en práctica un modelo de atención sectorial donde convergen los esfuerzos de los diferentes protagonistas del proceso de producción social de la salud, es un elemento clave para obtener salud para todos en la sociedad nicaragüense e incrementar los niveles de bienestar de los pobres: 45.8% de la población del país (Propuesta de Plan nacional de Desarrollo, 2003).

Problemas abordados

En términos globales, el proyecto en el ámbito de influencia directa previsto: los SILAIS RAAN, Matagalpa, RAAS, Jinotega y Boaco; tanto como de manera indirecta en otros territorios del país a través del apoyo a procesos nacionales bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud:

- aporta al proceso nacional de construcción de un futuro creíble en salud en el cual los ciudadanos nicaragüenses mas pobres y vulnerables pueden confiar y disminuye los niveles de incertidumbre con relación a la salud como un evento social y cotidiano, apoyando en su conjunto la práctica un nuevo contrato Estado-Sociedad-Ciudadanía, en el cual se retoma la salud como una interacción de deberes y derechos entre el ciudadano, la sociedad y el estado. El Proyecto privilegia el rol que juega el setor público en salud en esta red de interacciones.
- contribuye a poner en práctica en el sector salud la voluntad política del Gobierno actual expresada en el Plan Nacional de Desarrollo recientemente presentado, con relación a definir e implementar una política social integral y sostenible. Concretamente, recupera para ponerlos en práctica, los principios fundamentales que guiarán esta política social: integralidad, sostenibilidad, doble focalización, corresponsabilidad participativa, descentralización y municipalización, y equidad.
 - *Integralidad.* El proyecto se propone apoyar la puesta en práctica de un Modelo de Atención *Integral* en Salud, que en esencia establece los elementos constitutivos de los componentes de provisión, gestión y financiamiento del sector salud; e incorpora normas, manuales e instrumentos técnicos para ponerlo en práctica en los SILAIS.
 - *Sostenibilidad.* Va mas allá de una visión meramente asistencialista, privilegiando una visión donde el desarrollo del capital humano en salud y desde el sector salud para la sociedad nicaragüense, es la premisa central para la sostenibilidad.
 - *Doble focalización.* Su ambito de acción operativa, sin prejuicio de los beneficios que el apoyo a procesos nacionales genera para la totalidad del país en el ámbito del sector salud, esta constituido por algunos de los territorios de *mayor pobreza y vulnerabilidad* en el contexto nacional.
 - *Corresponsabilidad.* Contempla la coordinación y la *concertación* de acciones públicas, privadas y comunitarias en el escenario local, como un eje central de actuación.
 - *Descentralización y municipalización.* Acompaña al MINSa en el proceso progresivo actualmente en curso en materia de *descentralización* y la consecuente paulatina transferencia de responsabilidades y recursos a los SILAIS, y eleva a los *municipios* a la condición de actores protagónicos en la construcción de la salud en el escenario local, fortaleciendo el rol de los *Gobiernos Locales* (GL) en la definición, seguimiento y evaluación de planes sectoriales de salud dentro de su ámbito territorial de competencias.

- *Equidad.* La equidad es un norte específico para la ejecución del proyecto. Contribuye a la redistribución de las oportunidades de ejercer el derecho a la salud a través de un efecto de concentración en algunos de los territorios del país más pobres y vulnerables, apoyando un nivel mínimo – en realidad más que mínimo – de servicios de salud para el desarrollo de sus potencialidades y una vida digna.
- El Proyecto también acompaña al MINSA en el enfrentamiento de los principales retos de salud consignados en el PND: limitada cobertura y calidad, balance inadecuado entre acciones de prevención y acciones de recuperación de la salud, y la necesidad de profundizar la reforma en salud.
 - Promueve la *cobertura* de servicios en algunos de los SILAIS con mayores problemas de accesibilidad geográfica del país, fortalece las capacidades de cooperación de los servicios públicos de salud en este mismo ámbito disminuyendo barreras de acceso para poblaciones pobres y vulnerables. También, se propone apoyar al MINSA en la implementación de un sistema de garantía de la *calidad* en el ámbito de actuación del proyecto.
 - Uno de los resultados esperados del proyecto está centrado en la promoción de la salud, como una contribución específica para *disminuir el desbalance* entre acciones de prevención y acciones de recuperación en el universo de territorios bajo su área de influencia.
 - Aunque el proyecto no es proyecto de reforma del sector salud, apoya la divulgación nacional y el desarrollo de capacidades locales para la puesta en práctica de diferentes herramientas relacionadas con el proceso de reforma institucional y sectorial. A manera de ejemplo, La Ley general de Salud y su Reglamento, el Plan Nacional de Salud, el Modelo de Atención Integral en Salud, el Sistema de Información de la Inversión Pública, entre otros.

De manera específica, diferentes *problemas* relacionados con el desarrollo de un modelo de atención sectorial en salud son abordados por el Proyecto. La debilidad en las capacidades para la planificación estratégica y gerencia de los procesos de liderazgo y rectoría sectorial, la desorganización de los servicios de salud y su limitada respuesta a las políticas, prioridades y demandas que emergen del sector, la limitada participación social en salud y las diversas dificultades existentes para implementar el enfoque de promoción de la salud.

Cada uno de estos problemas en sus diversos matices es abordado por el Proyecto en diversos grados de extensión y profundidad. Por ejemplo, entre otras iniciativas vinculadas al liderazgo y rectoría del MINSA, el proyecto va a contribuir al desarrollo y puesta en práctica del enfoque sectorial en salud, tanto en el ámbito nacional como local. También va a contribuir a la implementación del modelo de salud de las regiones autónomas del Atlántico del país y al desarrollo de capacidades locales y nacionales para la coordinación, seguimiento y evaluación de la cooperación externa en salud. La primera de ellas substantiva en cuanto al ordenamiento del proceso de producción social de la salud, la segunda en cuanto al abordaje práctico de un problema relevante de equidad en salud y la tercera en cuanto a la conducción del destino de volúmenes de inversión social provenientes de la cooperación externa cuyo monto ha llegado a ser el 25 % del presupuesto del MINSA (MINSA. Diagnóstico de Cooperación Externa, 2003).

Otro ejemplo, ahora vinculado a la problemática de la organización de los servicios, es el compromiso del Proyecto de destinar recursos para que sus beneficiarios gasten menos en medicamentos del ámbito materno infantil al utilizar servicios públicos de salud, contribuyendo de esta manera a la ruptura del ciclo de reproducción de la pobreza en muchas familias nicaragüenses cuya economía familiar sufre un fuerte impacto por el gasto de medicamentos ante una situación de enfermedad (Rathe.M., 2003).

Dentro de esta misma área de problemas, el Proyecto contempla como una de sus contribuciones mas destacadas la ejecución de un Plan Trienal de Desarrollo Gerencial para la implementación y perfeccionamiento del Modelo de Atención Integral en Salud tanto en el ámbito nacional – apoyo a los procesos nacionales en este sentido - como local a través del ejercicio del modelo en los escenarios territoriales previstos.

En lo que a promoción de la salud se refiere, el Proyecto realiza diversas contribuciones. Fortalece el protagonismo de los gobiernos locales en la elaboración de planes de desarrollo local del sector salud, incentiva el desarrollo y consolidación de redes comunitarias de servicios de salud y promueve la utilización del enfoque de promoción de la salud en el escenario escolar, entre otras iniciativas.

El árbol de problemas con los cuales interactúa el proyecto puede apreciarse a continuación.

Ilustración 3: Arbol de problemas⁹ del proyecto

	Algunos municipios de los SILAIS registran indicadores de morbilidad y mortalidad deteriorados, con énfasis en alto riesgo de mortalidad materna e infantil, VIH/SIDA, Malaria, Dengue, Suicidio, Violencia y Enfermedades Crónicas, TB, Leishmania y Chagas			
	<i>MINSA CON DEBIL LIDERAZGO Y RECTORIA, SIN UN MODELO DE SALUD INTEGRAL Y LIMITADA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD</i>			
<i>Debilidad en la gerencia y organización interna entre los diferentes niveles del MINSA para rectorar y liderar el sector salud</i>	<i>Red de servicios desarticulada, sin una organización funcional ni capacidad de respuesta coherente con las políticas, prioridades y necesidades del sector salud</i>			<i>Débil movilización social que no garantiza una verdadera y efectiva promoción en salud</i>
	<i>Unidades con infraestructura deteriorada y déficit de equipo e insumos médicos</i>	<i>Servicios de salud con limitada capacidad de respuesta para una atención integral en salud a la población en general</i>	<i>Recursos humanos con limitada capacidad de respuesta para la atención</i>	
Existen limitadas capacidades para el desarrollo del enfoque sectorial en salud	Construcción de unidades de salud del primer nivel de atención que no responden a un plan organizativo de la red ni a una normativa funcional del MINSA. Unidades de salud deterioradas y déficit de éstas en regiones inaccesibles	Modelo de atención indefinido en general, e inadecuado para las regiones autónomas.	Recursos de salud de atención directa a la población con baja calificación profesional, con énfasis en auxiliares de enfermería.	La política nacional de salud no integra una estrategia de comunicación y acción comunitaria
Falta un plan nacional de salud basado en la situación de salud local.	Hospitales departamentales con diseño obsoleto, deteriorados, con déficit de equipos e insumos médicos, especialmente en la ruta crítica de atención materno infantil	Existencia de diferentes experiencias de apoyo al “modelo de salud” de acuerdo a prioridades de cada uno de los proyectos	No existe un seguimiento ni sistemas de información de recursos humanos adecuado que facilite la gestión, el seguimiento y evaluación de la capacitación y formación de los recursos	No se ha aplicado la estrategia sectorial existente de IEC en salud.
Limitada coordinación intersectorial e	Nulas o limitadas condiciones de	Primero y segundo nivel de atención	Limitada implementación de la	Autoridades municipales (Alcaldías) y

⁹ Este árbol de problemas fue producto de una amplio debate con representantes de los SILAIS, OPS, UNICEF, UCP-PROSILAIS. Se considera un árbol representativo de los problemas de todos los SILAIS del país.

"Hacia un Enfoque Sectorial en Salud"

	Algunos municipios de los SILAIS registran indicadores de morbilidad y mortalidad deteriorados, con énfasis en alto riesgo de mortalidad materna e infantil, VIH/SIDA, Malaria, Dengue, Suicidio, Violencia y Enfermedades Crónicas, TB, Leishmania y Chagas			
	<i>MINSA CON DEBIL LIDERAZGO Y RECTORIA, SIN UN MODELO DE SALUD INTEGRAL Y LIMITADA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD</i>			
<i>Debilidad en la gerencia y organización interna entre los diferentes niveles del MINSA para rectorar y liderar el sector salud</i>	<i>Red de servicios desarticulada, sin una organización funcional ni capacidad de respuesta coherente con las políticas, prioridades y necesidades del sector salud</i>			<i>Débil movillización social que no garantiza una verdadera y efectiva promoción en salud</i>
	<i>Unidades con infraestructura deteriorada y déficit de equipo e insumos médicos</i>	<i>Servicios de salud con limitada capacidad de respuesta para una atención integral en salud a la población en general</i>	<i>Recursos humanos con limitada capacidad de respuesta para la atención</i>	
interfronteriza y carencia de compromisos de gestión y de convenios de colaboración	habitación del personal de salud en los municipios, lo que provoca inestabilidad y/o falta de motivación en el desempeño de las labores de estos profesionales de la salud	desarticulado y no integrado	estrategia de cuidados obstétricos esenciales por falta de capacitación y equipo	otros actores con débil apropiación del problema en salud, relacionado esto con el concepto que tienen de la salud así como con la formación de los alcaldes y por la inexistencia de instrumentos formales o convenios que aseguren la participación en la gestión en salud
No existe una participación activa de todos los actores sociales en los procesos de planificación y ejecución de acciones para la solución de los problemas de salud así como el establecimiento de compromisos de gestión	Déficit de transporte adecuado, especialmente para las áreas de difícil acceso geográfico, con énfasis en la Costa Atlántica y en la rivera del Río Coco	Red de servicios a nivel local desordenada, desarticulada e insuficiente.	Los partos son atendidos por personal de salud que no han tenido actualización en atención del parto	Faltan prácticas saludables y de prevención en grupos de riesgo como los jóvenes y adolescentes Existe además poca participación de los hombres
Aplicación inadecuada de los roles y funciones de los diferentes niveles	Laboratorios con limitada capacidad resolutive. Faltan bancos de sangre y laboratorios regionales que aseguren la vigilancia clínica, epidemiológica y entomológica	Crecimiento no planificado y sin visión de futuro de la red de servicios	La capacidad de análisis epidemiológico e investigativo de los recursos es limitada, relacionada con el empirismo, falta de actualización en el tema y multiplicidad de funciones	Mujeres y hombres en edad fértil con bajas prácticas del control de la fertilidad y de aplicación de cuidados de salud
Implementación de herramientas gerenciales de forma desarticulada y no sistemática, que limita la coordinación con otros organismos en el ejercicio de la gerencia y de la coordinación con el sector salud	Déficit de insumos médicos. Adquisición dispersa a través de diferentes fuentes de financiamiento e incremento del costo de operaciones	Paquete básico de servicios indefinido	Equipos de dirección con limitada capacidad gerencial	Aunque existen experiencias en la implementación de estrategias de promoción en salud y de estilos de vida saludables: escuelas, atención primaria en salud, éstas no son aplicadas en todos los SILAIS y en todos los municipios con la amplia participación de las instituciones relacionadas
Se aplican herramientas gerenciales y modalidades organizativas y operativas de acuerdo a las prioridades de los proyectos de	Falta de presupuesto para mantenimiento preventivo y correctivo de equipo medico y no medico		Déficit de recursos humanos, alta rotación y mala distribución	Limitada oferta de alternativas de casas maternas (albergues) para las mujeres embarazadas y de alto riesgo obstétrico procedentes de

Ministerio de Salud – Cooperación Sueca en Nicaragua

	Algunos municipios de los SILAIS registran indicadores de morbilidad y mortalidad deteriorados, con énfasis en alto riesgo de mortalidad materna e infantil, VIH/SIDA, Malaria, Dengue, Suicidio, Violencia y Enfermedades Crónicas, TB, Leishmania y Chagas			
	<i>MINSA CON DEBIL LIDERAZGO Y RECTORIA, SIN UN MODELO DE SALUD INTEGRAL Y LIMITADA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD</i>			
<i>Debilidad en la gerencia y organización interna entre los diferentes niveles del MINSA para rectorar y liderar el sector salud</i>	<i>Red de servicios desarticulada, sin una organización funcional ni capacidad de respuesta coherente con las políticas, prioridades y necesidades del sector salud</i>			<i>Débil movillización social que no garantiza una verdadera y efectiva promoción en salud</i>
	<i>Unidades con infraestructura deteriorada y déficit de equipo e insumos médicos</i>	<i>Servicios de salud con limitada capacidad de respuesta para una atención integral en salud a la población en general</i>	<i>Recursos humanos con limitada capacidad de respuesta para la atención</i>	
cooperación y no del MINSA, que limitan el fortalecimiento institucional Continúa....				comunidades de difícil acceso, con el apoyo de la sociedad civil.
Algunos SILAIS y municipios no disponen de sistemas gerenciales, administrativos financieros, de recursos humanos y de insumos médicos			Falta de aplicación de una política descentralizada de recursos humanos	Poca promoción y divulgación de los servicios que oferta el MINSA
Falta un sistema de garantía de calidad institucional. Se aplican diferentes experiencias de acuerdo a prioridades de programas de cooperación			Falta de recursos humanos y la política de ajuste económico no permite la contratación a nivel local	Cultura institucional que no favorece la participación activa ciudadana en las acciones de salud
Limitado proceso de monitoreo y evaluación, faltan instrumentos gerenciales que permitan este proceso y apropiación por parte del personal directivo			Falta divulgación, reglamentación e implementación de la ley de carrera de servicio civil	Recursos humanos del MINSA no poseen conocimientos ni habilidades en comunicación social
Existen diferentes modalidades organizativas y operativas de proyectos; privando la existencia de estructuras paralelas que limitan el fortalecimiento institucional y el desarrollo de capacidades				Consejos municipales o de salud ausentes o coyunturales
Limitada gerencia de insumos médicos				Desconocimiento y falta de apropiación de la Ley de Municipalidades por parte de instituciones y ciudadanía

Fte: Elaboración propia a partir de "MINSA. Programa de Cooperación "Fortalecimiento al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Sectorial / Suecia-Nicaragua 2004 – 2009". Nicaragua, MINSA-OPS/OMS-UNICEF, mimeo, 2003, pp: 03".

Situación prevista al finalizar el proyecto y beneficiarios

Producto de las contribuciones del Proyecto destinadas al abordaje del árbol de problemas referido, al *concluir el proyecto*, cinco de los SILAIS y al menos 35 municipios de los más pobres del país habrán perfeccionado procesos de planificación estratégica y gerencia del sector salud, reorganizado sus servicios de salud para mejorar la cobertura y calidad de la atención, y habrán consolidado a través de alianzas la participación social en salud y promovido estilos de vida saludables en el escenario comunitario, escolar y familiar, beneficiando de manera directa a un millón trescientos mil habitantes (1.300,00), de los cuáles cuatrocientos treinta mil (430.00) están por debajo del límite de la pobreza. En su conjunto, el rol de liderazgo y rectoría del MINSA se habrá fortalecido y estarán en proceso de implementación en este universo La Ley General de Salud, el Plan Nacional de Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud.

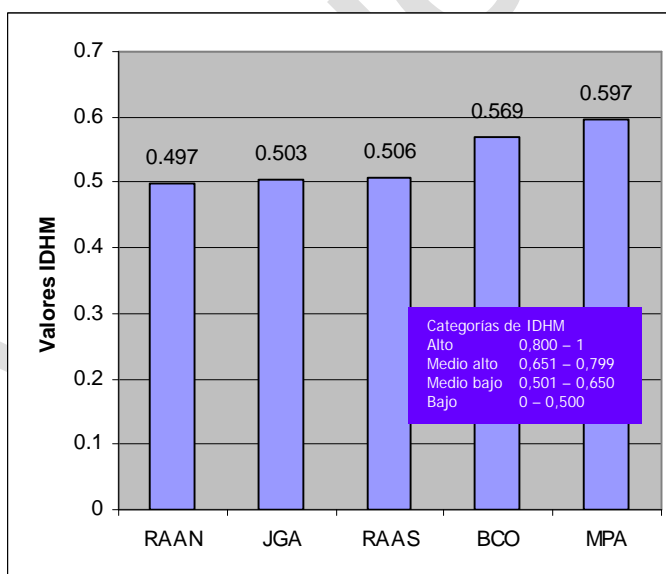
Estos cambios que se avizoran al concluir el Proyecto, se producirán en un conjunto de SILAIS pobres y con un gran deterioro de la situación de salud. Esta pobreza y deterioro tiene sobre todo cara de mujer, niño/a s menores de seis años e indígenas. Los porcentajes de población en extrema pobreza y el

comportamiento de diferentes indicadores de salud están por debajo del promedio nacional, tal y como puede observarse en la Tabla Nro. 5 que se presenta en la página siguiente.

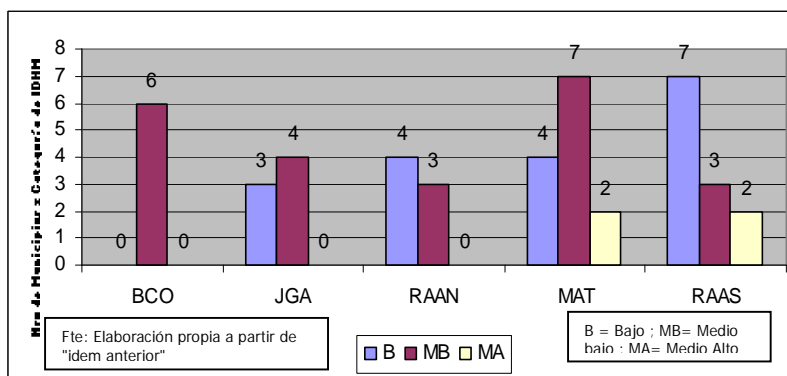
Ilustración 4: Valores de IDHM por SILAIS

Los SILAIS seleccionados se encuentran de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) en los rangos denominados "bajo y medio bajo" de un grupo de cuatro categorías. Las otras dos son "medio alto y alto". Ninguno de los municipios de este universo clasifica en la categoría "alto" del IDHM.

Cinco de 44 (11%) clasifican en la categoría de "medio alto", veinte y tres de 44 (52%) clasifican en la categoría de "medio bajo", diez y siete (38%) de 44 clasifican en la categoría de "bajo". Los valores del IDHM de los SILAIS y la distribución de los municipios por categorías de IDHM por SILAIS, pueden apreciarse en las ilustraciones que acompañan esta página.



Fte: Elaboración propia a partir de El Desarrollo Humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.-1ra Ed.-Managua: PNUD, 2002, p: 123 - 139



I
Ilustración 5: Distribución de Municipios por categorías de IDHM por SILAIS

Tabla 5: Población en extrema pobreza e indicadores seleccionados de Salud Pública, por SILAIS

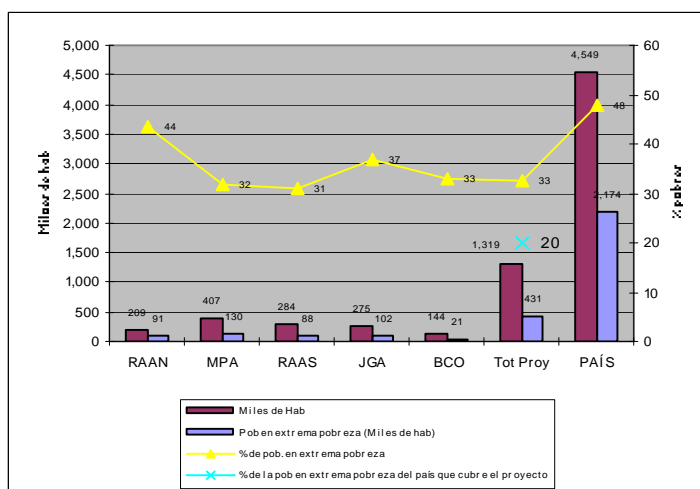
DPTO	% Pob extrema pobreza, 1998	Mortalidad Materna, 100 mil x NV, 2002 - VMM	Mortalidad Infantil x 1000 NV, 2001	Tasa de Mortalidad Neonatal x 1000 NV, ENDESA 2001	Tasa de Mortalidad Posneonatal	Tasa de Mortalidad menores de 5 años	% de menores de cinco años con talla inferior 2 DE	Tasa de Mortalidad x IRA x 100 hab, 2002	% de adolescentes alguna vez embarazadas	Mortalidad x EDA x 100 mil hsve, 2002	Mortalidad Malaria x 10 mil Hab, 2002
RAAN	43.7	374.86	47	20	28	61	34.8	20.46	34.9	4.99	96.62
Matagalpa	31.9	198.88	42	22	20	52	28.9	10.71	25.7	4.21	31.51
RAAS	30.8	508.74	50	24	27	60	22.7	12.61	32.1	7.76	71.21
Jinotega	37	153.14	40	14	26	66	36.7	10.28	38.4	4.11	27.14
N. Segovia	34.1	253.16	47	23	23	53	21.3	4.81	28.9	1.93	32.73
Madriz	37.1	0	39	17	22	57	35.2	5.35	24.8	3.82	1.99
RSJ	36.3	350.39	45	25	19	49	17.1	4.33	32.7	3.24	6.06
Chontales	29.4	131.06	44	21	23	53	14.9	0.78	21.4	0.78	3.06
Chinandega	20.9	79.2	49	20	29	53	20.1	7.47	26.8	4.44	10.23
Boaco	32.8	0	20	13	7	21	23	1.21	17.3	1.21	6.83
Esteli	23.4	39.84	24	10	14	29	13.1	2.4	25.7	3.36	3.41
Granada	17	108.7	29	18	10	35	13.5	5.33	23.7	3.2	1.86
Carazo	15.5	87.59	47	29	19	52	15.3	2.28	18.2	1.71	2.11
Masaya	14.3	30.34	31	11	20	40	18.2	1.96	24.8	1.3	0.42
Leon	19	56.67	19	11	8	27	13.1	2.84	19.6	1.55	3.87
Nacional	24.2	121.7	35	17	19	45	20.2	5.63	24.7	2.77	13.82
Rivas	20.3	34.49	24	13	11	31	14.4	2.42	24	1.82	6.18
Managua	3.6	65.28	22	12	10	28	8.2	4.34	20.6	2.17	2.13

Fte: MINSA. Programa de Cooperación "Fortalecimiento al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Sectorial / Suecia-Nicaragua 2004 – 2009". Nicaragua, MINSA-OPS/OMS-UNICEF, mimeo, 2003, p: 43

Ilustración 5: Miles de hab y % total bajo el límite de la pobreza x SILAIS y en comparación con el país

La población total beneficiada de manera directa es de un millón trescientos mil habitantes (1.300,00), de los cuáles cuatrocientos treinta mil (430.00) están por debajo del límite de la pobreza. Estos habitantes pobres representan el 20 % de los dos millones ciento setenta mil (2.174,00) habitantes del país que están por debajo del límite de pobreza (PNUD, 2003).

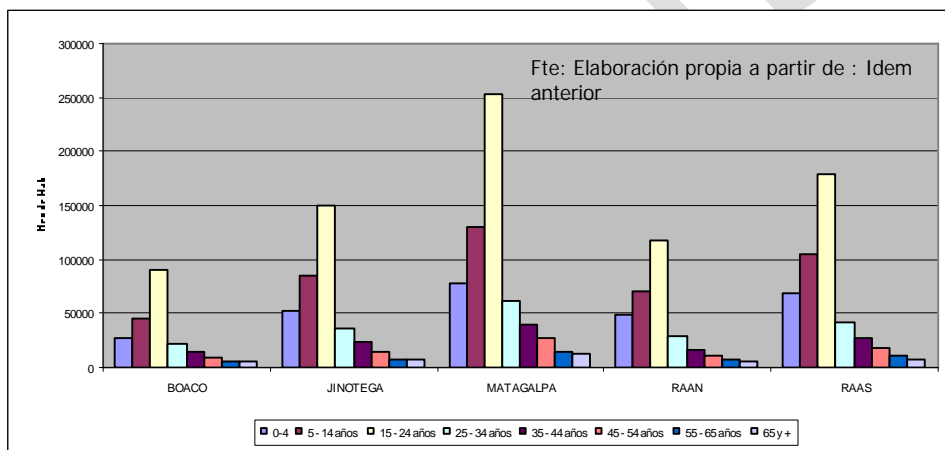
La estructura poblacional – ver el siguiente cuadro - del área bajo la influencia del proyecto, es predominantemente joven, las mujeres en edad fértil constituyen el 49 % del total de mujeres.



Fte: Elaboración propia a partir de "El Desarrollo Humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / PNUD. 1ra. Ed, Managua, PNUD,2002,pp: 162 - 173

Ilustración 6: Distribución de grupos seleccionados de edad en los SILAIS

Bajo el área de influencia del Proyecto están dos regiones autónomas de la Costa Atlántica nicaragüense : La Región Autónoma



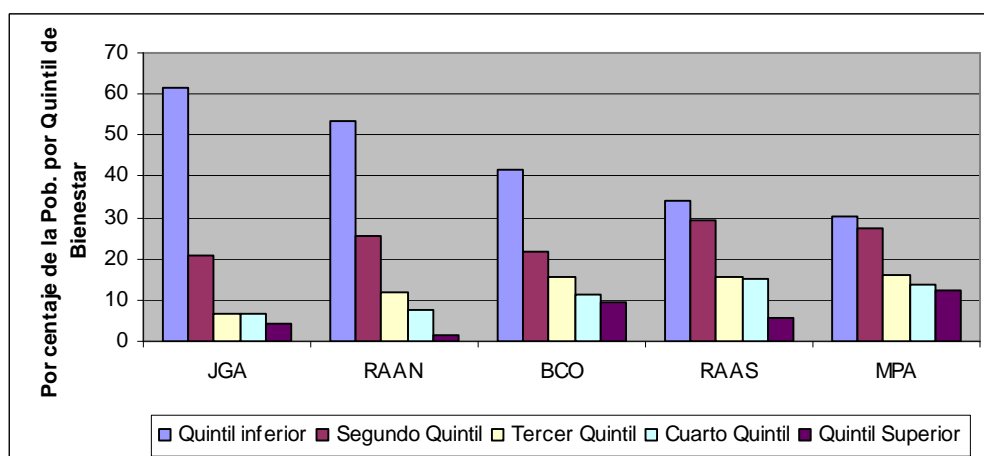
del Atlántico Sur y la Región Autónoma del Atlántico Norte, que han definido modelos de salud con características propias, y que además concentran un alto porcentaje de la población indígena del país. En general, es posible afirmar que existen en estas poblaciones grandes disparidades entre los indicadores de salud de estos pueblos indígenas al compararse ¹⁰ con otros grupos de población: mayores tasas de mortalidad, menor esperanza de vida, mayores tasas de morbilidad, etc. Barreras de diversa índole impiden el acceso a servicios de salud y a otros servicios. Existe un menor acceso a servicios de salud, educación y a servicios de agua y saneamiento básico. La pérdida continúa de sus territorios y los cambios medioambientales afectan su sobrevivencia física y cultural. (Análisis de la situación de salud, 2003)

Es interesante también apreciar la distribución de la población de los SILAIS de focalización territorial del proyecto, de acuerdo a quintiles de bienestar, tal y como aparece en el gráfico que se presenta a continuación.

¹⁰ Favor ver Tabla 05 en este documento para mayor información

Ilustración 7: Porcentaje de la pob. por Quintiles de Bienestar en los SILAIS del proyecto, 2003

Pueda apreciarse como los quintiles de menor nivel (Inferior y segundo) representan más del cincuenta por ciento del porcentaje de la población en todos los casos. Por ejemplo, En general – porcentajes aproximados – en Jinotega y en la RAAN representan el 80 %, en la RAAS el 55 %, en Boaco el 65 % y en Matagalpa el 60 %.



Fte: Rathe.M., Lora.Dayana. Nicaragua: Salud y Equidad: Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud ENDESA 2001. Nicaragua, USAID, 2003, p. 79.

La metodología de quintiles de bienestar ha sido desarrollada por el Banco Mundial para el estudio de las diferencias en salud, nutrición y población entre individuos pertenecientes a distintos grupos económicos. Consiste en definir el nivel económico en términos de activos o riqueza en los hogares encuestados, en vez de ingresos o consumo. Esta metodología permite apreciar la población bajo la influencia directa del proyecto desde una perspectiva complementaria a la de los indicadores tradicionales de salud y población bajo niveles de pobreza.

Estrategia del Proyecto y arreglos para su ejecución

La estrategia principal del proyecto es:

Acompañar al Ministerio de Salud en el ejercicio del rol de liderazgo y rectoría sectorial que tiene por mandato de la sociedad nicaragüense a través del fortalecimiento de los SILAIS como escenarios locales críticos para el desarrollo de la salud, en el marco de los desafíos y lineamientos estratégicos sectoriales planteados en el Plan Nacional de Desarrollo concertado por el Gobierno, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional.

De esta estrategia general, se desprenden a su vez estrategias específicas de ejecución del proyecto, y de apoyo técnico y administrativo.

Las estrategias de ejecución son las siguientes:

- Concentrar recursos de inversión en los SILAIS de la RAAN, RAAS, Jinotega, Matagalpa y Boaco; escenarios geográficos caracterizados por el deterioro de la situación de salud y bajos Índices de Desarrollo Humano Municipal.
- Apoyar procesos locales sensibles para el desempeño del rol a favor de la salud de las poblaciones más desprotegidas bajo su influencia de los SILAIS Chinandega, Estelí, Madriz y N. Segovia. Estos procesos son: monitoreo y supervisión, atención a comunidades vulnerables inaccesibles e inmunizaciones.

- Fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud en la implementación de aspectos específicos de procesos de envergadura nacional asociados al ejercicio del liderazgo y rectoría institucional: Ley General de Salud, Plan Nacional de Salud, Enfoque Sectorial en Salud, Gerencia de Hospitales y herramientas gerenciales y administrativas específicas.
- Atraer otros inversionistas sociales del mundo de la cooperación internacional: bilaterales, multilaterales, ONGs nacionales e internacionales; para que inviertan recursos de diferente tipo a través del proyecto durante su período de ejecución.
- Beneficiarse de las lecciones aprendidas producto del "cierre" del PROSILAIS III durante el año 2004, antecedente inmediato de la Cooperación del Gobierno de Suecia en salud.

Las estrategias de apoyo técnico son las siguientes:

- Movilizar recursos de cooperación técnica de OPS/OMS y UNICEF para enriquecer las estrategias de ejecución.
- Identificar otros protagonistas de la cooperación promotores de experiencias exitosas para el desarrollo de la salud pública en el país, con el objetivo de atraer estas experiencias a las áreas geográficas de concentración de recursos bajo la influencia del proyecto.
- Involucrar a las instancias nacionales del Ministerio de Salud poseedoras de excelencia técnica sobre temas específicos de interés del proyecto en la implementación de las estrategias de ejecución.
- Promover la institucionalización de las experiencias exitosas del proyecto.

La estrategia de carácter administrativo es la siguiente:

- Organizar una Unidad de Apoyo (UDA) del Proyecto al Director Nacional

Diversas razones fundamentan esta decisión:

- ✓ La incertidumbre con relación al desarrollo práctico del enfoque sectorial en salud durante el año 2004. De ponerse en práctica este enfoque en un futuro inmediato no habría necesidad de un proyecto y por ende de una UDA.
- ✓ La experiencia previa del Ministerio de Salud con la Cooperación Sueca en Salud durante los últimos 10 años, que ha dejado como una lección aprendida que la existencia de una unidad de apoyo, en ese período con características de unidad coordinadora de proyecto, ha permitido la continuidad de la operación del proyecto en un escenario institucional a veces turbulento, sujeto a cambios repentinos y con altos niveles de incertidumbre.
- ✓ Los antecedentes de procesos reiterativos de reorganización del nivel central del MINSA y la percepción de que hay un proceso similar durante el año 2004 con la consecuente incertidumbre con relaciones a las relaciones de coordinación del proyecto con el nivel central de la institución durante el período de ejecución.

Por otra parte, la voluntad política de participar en la ejecución del proyecto por parte de los principales protagonistas de la Cooperación del Gobierno de Suecia en Salud en el país: MINSA, OPS/OMS y UNICEF; será consignada en un Convenio de Cooperación donde se reflejen los compromisos técnicos y financieros para la ejecución del proyecto. La identificación de estos compromisos es el producto de una negociación "bis a bis" del Ministerio de Salud con cada una de las agencias mencionadas, teniendo como testigo de honor a la Embajada de Suecia en Nicaragua.

Diversos aspectos identificados como pertinentes de la valoración realizada durante el año 2003 de la primera propuesta presentada por el MINSA a la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo en Nicaragua con relación a la Cooperación del Gobierno Sueco en Salud; ahora

en el contexto del período 2005 – 2007 y bajo el concepto de proyecto, han sido tomadas en consideración en calidad de lecciones aprendidas para la ejecución de este proyecto.

Por ejemplo:

- La necesidad de sistematizar las mejores experiencias del proyecto y de su modelo de entrega de cooperación técnica en salud ha sido incorporada como una actividad específica del resultado 01.
- La continuidad del apoyo de ASDI ha sido expresada de cuatro maneras diferentes: (a) la identificación de actividades altamente sensibles para el desarrollo del rol de los SILAIS de la fase tercera del PROSILAIS a favor de la salud en los territorios bajo su área de influencia: atención a comunidades vulnerables inaccesibles, apoyo a las Jornadas Nacionales de Salud y actividades de Monitoreo y Supervisión, ver resultados esperados 01 y 02(b) la participación de estos SILAIS en procesos nacionales claves para el desarrollo del liderazgo y rectoría del MINSA, ver resultado 01: (c) la identificación en este grupo de SILAIS de las mejores experiencias en materia de iniciativas en salud pública sobre diversos temas, de tal manera que las mismas sean experiencias de referencia para los SILAIS de concentración territorial, ver resultado 01 y (d) el “arrastre” del SILAIS RAAS, el cual al final del PROSILAIS III todavía presentaba indicadores de salud e índices de desarrollo humano municipal por debajo de los promedios nacionales, al bloque de los SILAIS de concentración territorial, ver el ac+apite de beneficiarios en este documento.
- La institucionalización de los procesos apoyados por PROSILAIS III se incorporan de diversas maneras: (a) la identificación de la institucionalización en sí como una estrategia específica de apoyo técnico para la ejecución del proyecto, (b) la identificación del mercadeo social del proyecto como una actividad del resultado esperado 01, que presupone la diseminación del modelo de cooperación que promueve el proyecto y sus experiencias exitosas, así como la reflexión crítica continua con relación a estos dos aspectos.

Consideraciones especiales

El *Modelo de Atención en Salud de las Regiones Autónomas del Atlántico Sur y Norte* será objeto de un tratamiento respetuoso a la autonomía y a los elementos culturales característicos de la población autóctona de estos territorios.

La participación y movilización ciudadana será una estrategia clave en este sentido, de tal manera, que el proyecto contribuya al “empoderamiento” en salud de estas poblaciones tradicionalmente postergadas. El involucramiento de los agentes tradicionales de salud y líderes de las comunidades de sumos, miskitos, ramas, creoles y negros, tanto como de los Gobiernos Autónomos regionales y municipales, será promovida como una preocupación permanente del proyecto, privilegiando la inversión para el desarrollo de la salud en el escenario municipal y comunitario.

Los *derechos del niño/a y del adolescente* también serán objeto de una atención constante por parte del proyecto. La aplicación del Código de la Niñez y la Adolescencia en lo que a sus aspectos de salud se refiere, será la herramienta que el proyecto utilizará para velar por los derechos de estos grupos poblacionales. Un tema relevante de trabajo con los adolescentes será la educación participativa y reflexiva acerca de la salud sexual y reproductiva y sus repercusiones en la vida personal, el núcleo familiar y la comunidad.

El enfoque de *género*, entendido como la comprensión de las desigualdades socioeconómicas entre hombres y mujeres a través de un proceso socialmente construido que revela relaciones asimétricas de poder en diferentes escenarios; el proyecto lo asume desde la perspectiva de salud

en diferentes dimensiones, poniendo el énfasis dentro del binomio hombre y mujer, en el género femenino, aunque preservando una convocatoria permanente al hombre en interacción con la mujer en la solución de los problemas de esta que aborda el proyecto.

En esta línea de pensamiento, el proyecto incluye dentro de su agenda de actuación la violencia intrafamiliar como un problema relevante de salud pública que afecta a niño/a s y mujeres sobre todo, y también incorpora el apoyo a la provisión de servicios de promoción, prevención y rehabilitación de la salud de la mujer en el primer nivel de atención con niveles de calidad y calidez, en interacción con los hospitales de referencia, como una contribución a la disminución de las barreras de acceso de la mujer a servicios públicos y gratuitos de salud.

Las *localidades inaccesibles* en la zona rural y sus pobladores son consideradas por el proyecto como una categoría poblacional que amerita un esfuerzo diferenciado de provisión de servicios. Las Brigadas Móviles de Atención Integral en Salud será una de las estrategias que se pondrán en práctica. Estudios de costo beneficio serán realizados para establecer la conveniencia de su implementación versus otras opciones posibles.

Otras estrategias de extensión de cobertura de servicios de salud, tales como la contratación de proveedores privados de servicios, la promoción y negociación de una redistribución territorial de la fuerza de trabajo en salud del MINSA, la contratación ad hoc de médicos y otro personal de salud, la mejoría del acceso a las unidades existentes a través de miniobras comunales de infraestructura vial, entre otras, serán discutidas caso por caso de acuerdo a las realidades locales.

La *capacitación* es una de las herramientas del proyecto destinadas a enriquecer el capital humano del que dispone el Ministerio de Salud. Representa una contribución del proyecto al desarrollo y fortalecimiento institucional. La modalidad que se va a implementar como hegemónica es la Educación Permanente en Servicio (EPS) , la cual permite el desarrollo de conocimientos y habilidades as relacionadas directamente con los problemas del ámbito de trabajo. Una excepción será la "profesionalización" de las auxiliares de enfermería en los SILAIS de focalización territorial lo que implica incrementar el nivel académico de esta categoría de la fuerza de trabajo en salud hasta licenciadas en enfermería.

La condición de hegemónica de la estrategia de EPS no excluye la posibilidad de que bajo circunstancias especiales el proyecto apoye la obtención de grados académicos (post grados, maestrías) a funcionarios de la institución cubiertos en principio por lo que en el futuro será la Ley de Servicio Civil y/o comprometidos ante notario público de la prestación de sus servicios al MINSA por un período no menor de tres años.

Componentes del Marco Lógico

Los diferentes componentes del marco lógico fueron identificados a partir del árbol de problemas elaborado de manera conjunta con los con los SILAIS y funcionarios del nivel central del MINSA, aunque no responden bis a bis a los diversos aspectos identificados en el árbol de problemas – tal y como lo establece la metodología del marco lógico - puesto que el proyecto no puede dar respuesta a todos los problemas identificados. De esta manera, el proyecto filtra el árbol de problemas y se convierte en una propuesta de objetivos y actividades – que utilizando como plataforma el árbol de problemas – contribuye parcialmente dentro de sus posibilidades de recursos, periodo de actuación y estrategias de ejecución a la solución de los problemas identificados.

Objetivo de Desarrollo

El Fin de este proyecto, es decir, el objetivo más alto dentro del cual el proyecto se inscribe, es contribuir a la mejoría del estado de salud de la población en municipios y SILAIS vulnerables en el país, sobre todo la de la población pobre, especialmente mujeres y niño/a s pobres.

La salud en cualquier contexto es el producto de una intrincada red interactiva de causas socioeconómicas, culturales, ecológicas y genéticas, que establecen en los conglomerados humanos su nivel de bienestar y salud.

Desde esta perspectiva, este proyecto se suma entonces al esfuerzo de la sociedad nicaragüense para asumir el desafío de la salud como un reto social, *desde* la especificidad de su propósito a través de los resultados esperados previstos y de las actividades que se van a poner en practica.

Otros proyectos, de diferente naturaleza y propósito, se sumarán en el escenario nacional para alcanzar este objetivo de la sociedad nicaragüense, conservando como eje, por un lado, el abordaje de la pobreza como fenómeno multidimensional que trasluce una gigantesca tragedia humana, y por otro lado, la salud de los mas vulnerables y pobres, en sus diferentes facetas, como un norte esencial de inversión para el desarrollo del capital humano del país.

A su vez, como ya ha sido mencionado, este objetivo de desarrollo se inscribe en un marco mayor: el Plan Nacional de Desarrollo; que ofrece para la sociedad nicaragüense una propuesta de Proyecto Nacional alrededor del cual se pueden sumar inteligencias, voluntades y recursos de diferente indole y origen, de los diferentes sectores sociales y económicos del país, y desde los diferentes protagonistas y perspectivas de la cooperación externa en salud para Nicaragua.

El objetivo de desarrollo ubica al proyecto como una contribución substantiva desde la salud en la búsqueda práctica de las vías de obtención del bienestar y los niveles de salud que los ciudadanos nicaragüenses necesitan y merecen.

Propósito

El propósito de este proyecto es fortalecer el rol de liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud, apoyando la implementacion del Modelo de Atención Integral en Salud en los SILAIS de la RAAN, Matagalpa, RAAS, Jinotega y Boaco, y consolidando experiencias exitosas en otros cinco SILAIS del país. Esta situación es la imagen objetivo al concluir el proyecto.

El Ministerio de Salud es una institución clave en el proceso de producción social de la salud en Nicaragua. Fortalecer sus capacidades para desempeñar en el ámbito nacional y local el rol que le corresponde de líder y rector, es invertir en el desarrollo de una "inteligencia" institucional cuya

tarea principal es conducir de manera planificada, organizada y participativa el desarrollo de la salud en Nicaragua. Apoyar a esta "inteligencia" para que progresivamente obtenga mas luces alrededor de las vías de obtención de la salud como un producto social, es una inversión que apoya de manera directa el desarrollo de las capacidades del sector salud para aportar al desarrollo socioeconómico del país.

Más relevante aún, es el desarrollo de estas capacidades en algunos de los SILAIS y municipios más pobres del país, donde los Índices de Desarrollo Humano Municipal también son de los más bajos en el escenario nacional. Escenarios locales, complejos en su pobreza, donde la Ley General de Salud, los Planes Sectoriales de Salud y el desarrollo de un Modelo de Atención Integral en Salud, todas herramientas de liderazgo y rectorías orientadas a mejorar los niveles de eficiencia, eficacia, equidad, participación y convergencia desde una perspectiva sectorial, van a establecer en su aplicación gradual la diferencia que el proyecto promueve con relación a la situación actual.

La duración del proyecto, 3 años, de acuerdo a la experiencia disponible en el país a través de la cooperación del Gobierno de Suecia para el desarrollo local en salud y otras experiencias nacionales de referencia que han contado con apoyo de la cooperación externa, indican que el período representa una oportunidad, un punto de partida meramente, para avanzar en el desarrollo progresivo de las capacidades de liderazgo y rectoría del MINSA en el área de influencia directa del proyecto y la implementación gradual del Modelo de Atención Integral en Salud.

El propósito, dentro de esta línea general de razonamiento, ubica al proyecto como una contribución substantiva al alcance del Fin previsto.

Resultados Esperados

Tres son los resultados esperados: a) Consolidados los procesos de gerencia y planificación; b) Organizada la red de en el ámbito de los SILAIS beneficiados de acuerdo a las políticas y prioridades en salud, y c) Desarrolladas alianzas para impulsar la participación social en la solución de problemas locales de salud y la promoción de estilos de vida saludables. Los tres proporcionan contribuciones diferenciadas para alcanzar el propósito del proyecto.

La *gerencia y planificación* en el ámbito de los SILAIS diferencia procesos nacionales temáticos que beneficiarán a los SILAIS del país en su conjunto y metas locales en los SILAIS directamente bajo su área de influencia. Esta últimas poseen dos modalidades: a) relacionadas con estos ejes temáticos de apoyo de proyección nacional y b) relacionadas con necesidades locales. De por sí introduce un elemento novedoso en lo que a la historia y práctica de la planificación y programación local en salud se refiere en el país: por primera vez en los últimos diez años el objeto y sujeto de la planificación es el sector y no el quehacer del Ministerio de Salud.

Los ejes temáticos nacionales son legislación, enfoque sectorial, planes de salud, modelos autónomos, gerencia de hospitales y herramientas gerenciales específicas. El proyecto apoyará estos procesos en el ámbito nacional, incorporando a los SILAIS bajo su área de influencia.

Por otra parte, y como un esfuerzo principal, apoyará la obtención de productos específicos que responden a necesidades locales en su ámbito de influencia directa, en unos casos vinculado a estos ejes temáticos nacionales, tal es el caso de "planes sectoriales de salud en el ámbito de los SILAIS" , y en otros directamente relacionados a necesidades locales, tal es el caso de "garantía de la calidad".

La vocación del proyecto es integradora de los diferentes esfuerzos de cooperación en salud desarrollándose en el país. En el marco de este resultado esperado, se tomarán iniciativas para mejorar la coordinación de la cooperación externa en el ámbito local, poniendo en práctica de esta

manera diversas recomendaciones del diagnóstico de cooperación externa realizado por el MINSA en el año 2003 y el desarrollo progresivo del Enfoque Sectorial en Salud como herramienta de coordinación y convergencia de la cooperación externa en salud.

Congruente tanto con la necesidad del MINSA de hacer converger la cooperación con las prioridades institucionales como con la historia de la cooperación del Gobierno Sueco en salud a través del PROSILAIS, el proyecto rescata las mejores experiencias del PROSILAIS en calidad de experiencias de referencia – expresamente, modelos de excelencia y buenas prácticas en salud pública – para colocarlas al servicio del desarrollo local en su ámbito de influencia y de procesos nacionales correlatos.

De esta manera, aporta a la institucionalización de los mejores procesos y productos generados con la histórica cooperación del Gobierno Sueco en Salud. Consecuente también con la flexibilidad histórica que ha mostrado la cooperación del Gobierno Sueco en Salud y la necesidad perentoria del MINSA en este sentido, abre la posibilidad para ejercer un efecto similar con las experiencias bien sucedidas de otros proyectos, financiados por otros donantes, en la búsqueda de “modelos” institucionales que faciliten la concordancia de la cooperación externa alrededor de propuestas del MINSA.

La *organización de la red de servicios* en el escenario territorial es un elemento destacado de los esfuerzos continuos del MINSA para mejorar los niveles de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y convergencia de la red como herramienta de prestación de servicios a las personas y al ambiente.

Dos aspectos sensibles sobre este asunto son abordados por el proyecto: modelo de atención integral y desarrollo de recursos humanos.

El MAIS establece los elementos constitutivos de los componentes de provisión, gestión y financiamiento del sector salud; e incorpora normas, manuales e instrumentos técnicos para ponerlo en práctica en los SILAIS. El proyecto también es pionero al proponerse apoyar en el escenario local el Modelo de Atención Integral en Salud. De igual manera que en el caso de planificación sectorial, por primera vez en los últimos diez años se abre en el país una oportunidad real para estimular la respuesta como sector en el marco del desarrollo local al interrogante de cómo organizar el proceso de producción social de la salud en escenarios locales específicos.

El otro aspecto sensible de la organización de la red es el “factor” humano. No se trata del “recurso” humano desde una visión sistémica que le da a este “insumo” la misma calidad que otros “insumos”. El proyecto asume la condición del “factor” humano como una “llave” de la organización. Sin trabajadores de la salud comprometidos con la misión y visión del MINSA en la sociedad nicaragüense no es posible que la institución cumpla con su rol social.

De esta apreciación se desprende la concentración de esfuerzos que el proyecto dedica a la implementación de la política y el plan de desarrollo de recursos humanos del MINSA. Mayor relevancia posee este “foco” del proyecto cuando el “factor” humano al cual nos estamos refiriendo esta ubicado en algunos de los territorios mas pobres del país, que además de los problemas de salud asociados a la pobreza, es el lugar de residencia de muchos ciudadanos nicaragüenses ubicados en el quintil inferior de bienestar según ENDESA 2001. Mas relevante todavía es este aspecto si tomamos en consideración que dos de los territorios bajo el área de influencia del proyecto corresponden a los SILAIS RAAN y RAAS, que forman parte de la Costa Atlántica del país, territorios tradicionalmente postergados con concentración significativa de población autóctona con elementos culturales característicos y modelos “autónomos” en salud.

Dentro del campo del desarrollo del "factor" humano el proyecto contempla favorecer a diversas categorías de la fuerza de trabajo en salud que operan las unidades adscritas al MINSA. De manera distintiva, una categoría de trabajadores de la salud ubicada en la primera línea de la operación de servicios y programas de salud será apoyada: las auxiliares de enfermería; favoreciendo la adquisición del título de licenciatura en enfermería, bajo la premisa de que un nuevo nivel de conocimientos habilidades y destrezas de esta categoría significativa de trabajadores de la salud es un valor agregado que favorece el funcionamiento de la redes locales de servicios de salud dentro de parámetros institucionales de eficiencia, eficacia, equidad, calidad y convergencia.

A su vez, esta iniciativa incorpora a instituciones formadoras en salud a la ejecución del proyecto, estableciendo un eje de interacción entre la academia y la realidad que enriquece ambas dimensiones en el ámbito de la formación y capacitación en salud. Otro eje de interacción entre la academia y la realidad que el proyecto distingue en su quehacer es la investigación como una herramienta de generación de conocimiento para la toma de decisiones, sobre todo en el escenario local. Previsiones son hechas en términos de que el conocimiento que se genere asociado a los problemas de desarrollo del sector salud en el ámbito local puede tener utilidad también – con las restricciones del caso – para entender estas complejidades desde una perspectiva nacional.

El Modelo de Atención Integral en Salud, además de ser abordado en su generalidad, es abordado en algunos de sus aspectos mas relevantes. Las unidades de salud en su despliegue territorial requieren a la luz del modelo mencionado una revisión de su ubicación geográfica y sistema de referencia y contrarreferencia acorde con los denominados "Centros Proveedores de Servicios" identificados en el PND, y por ende, una rehabilitación física (ampliaciones, remodelaciones, reparaciones, etc), equipamiento y mantenimiento preventivo básico, que faciliten flujos de atención con calidez y calidad, sobre todo en el circuito de atención a la madre, niño/a /a y adolescente, usuarios preferentes de la red pública de servicios desde la perspectiva del proyecto, de tal manera que estas unidades sean atractivas para las poblaciones bajo su área de influencia y se conviertan en símbolos de referencia en la cultura local del valor social de la salud.

El proyecto propone un entendimiento de la red no como categorías separadas de niveles de atención, sino como niveles de resolución de problemas de salud escalonados e interactuantes. De esta manera, concibe una vinculación entre los denominados "primero y segundo nivel de atención", con énfasis en el circuito de atención a la mujer y a la niñez, donde, en el segundo nivel de atención se destaca por su sensibilidad la "ruta crítica" de atención de esta población vulnerable en los hospitales que presiden la red de atención en los escenarios territoriales bajo la influencia del proyecto. Bajo este concepto integrador, la población mas vulnerable: mujeres y niño/a s pobres; ejercen su derecho a la atención en dos niveles de resolución complementarios incrementando significativamente las posibilidades de acceder a oportunidades de promoción, protección y rehabilitación de la salud.

Un elemento de alta sensibilidad tanto en el plano de la operación tradicional de los servicios de salud y la calidad y eficacia que ofrecen, como en términos de una visión humanista y digna de los usuarios de los servicios públicos, es la disponibilidad de medicamentos genéricos en la red de atención, con énfasis en aquellos relacionados con el perfil de morbimortalidad de la madre y el niño. El proyecto se propone dar una contribución en este sentido. Los problemas de abastecimiento de medicamentos han sido en los SILAIS un grave problema estructural que en la práctica se convierte en una barrera de accesibilidad y objetivamente encarece el gasto en salud familiar de las poblaciones más pobres y vulnerables.

De manera complementaria, dentro del área de accesibilidad a servicios públicos y gratuitos eficaces y de calidad, el proyecto también apunta a realizar contribuciones en la dirección de disminuir otra barrera de acceso a los servicios públicos: la accesibilidad geográfica; a través de diversas modalidades de extensión de cobertura de programas y servicios prioritarios. Poblaciones pobres tradicionalmente excluidas del área de influencia de unidades de salud del MINSA, tendrán ahora la posibilidad de ejercer su derecho a la atención a través de brigadas móviles – una experiencia probada y consolidada en el país – y de otras modalidades que se discutirán con líderes y representantes de las poblaciones beneficiarias, tomando en consideración otras experiencias exitosas en el país y en el escenario internacional.

Con relación al enfoque sectorial en salud, el proyecto, además de sus contribuciones en áreas tales como la planificación, gerencia y organización de servicios, contempla también aportar al desarrollo de *alianzas para la participación ciudadana en la solución de problemas locales de salud y el desarrollo de estilos de vida saludables*. Dos aspectos significativos de la promoción de la salud como enfoque y práctica social en consonancia con el peso que la estrategia de promoción de la salud posee en el mundo de la salud pública nacional e internacional en el abordaje de problemas de salud de la sociedad contemporánea.

Tanto así, que el proyecto contempla la definición de iniciativas municipales e intermunicipales – verdaderos microproyectos - destinados al abordaje de problemas de salud específicos en este escenario territorial. Esta definición del proyecto tiene varias implicaciones. Primero, el municipio se asume como un escenario privilegiado para el desarrollo local de la salud, tanto territorialmente como en lo que se refiere al proceso de toma de decisiones. Segundo, consecuentemente con la referencia al proceso de toma de decisiones en la frase anterior, líderes municipales en salud y desarrollo local, tanto como autoridades del MINSA y los Gobiernos Locales, jugarán un papel protagónico en la definición de estos macroproyectos municipales.

¿Por que microproyectos y no otro concepto? Primero, para distinguirlos del proyecto marco en el cual se ubican; segundo, por que el concepto proyecto preparado con el enfoque de marco lógico facilita la identificación de resultados, supuestos y riesgos lo cual facilita los procesos de seguimiento y evaluación. Tercero, por que con esta modalidad es posible establecer de forma concatenada los ejes de intervención, preservando relaciones coherentes, armónicas y sinérgicas, en una lógica vertical ascendente, desde los municipios hasta las definiciones mayores del proyecto marco en materia de su jerarquía de objetivos y la lógica horizontal consecuente. Los microproyectos estarán reducidos a una matriz del marco lógico simplificada, una propuesta de tareas y presupuesto.

El proyecto retoma la significativa experiencia nacional de participación – tema en el cual la Cooperación en salud del Gobierno de Suecia ha dado aportes significativos – y la convierte en parte significativa de su agenda operacional. Beneficiarios, agentes en salud, líderes comunitarios, autoridades locales de gobierno, representantes de ONGs nacionales e internacionales; tendrán la oportunidad de interactuar con el proyecto y de contribuir en el proceso de toma de decisiones con relación a problemas, prioridades y tareas que se desprendan de los propósitos y resultados esperados del mismo.

Por considerarlo de especial relevancia, convenios con la Asociación Nicaragüense de Municipios (AMUNIC) y el Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM) serán realizados, fortaleciendo de esta manera el rol de los Gobiernos Locales en el desarrollo de la salud y favoreciendo la salud como un eje de intersección del desarrollo social y económico en el ámbito local.

Otro elemento de relevancia en materia de participación ciudadana en el contexto del sector salud en el escenario local, es el apoyo que el proyecto brindará a la red local comunitaria en salud que presta diferentes servicios complementarios a los que ofrece el MINSA. Casas maternas, albergues, servicios alternativos, otros, son apreciados desde la perspectiva del proyecto interconectados entre sí, colaborando y complementándose, compartiendo experiencias; en resumen, funcionando en red como socios del MINSA en la producción social de la salud en este escenario.

Diversos temas que tienen en común el escenario comunitario, la participación ciudadana y la transformación de estilos de vida, también serán apoyados por el proyecto en el ámbito municipal. Nos referimos al código de la niñez y la adolescencia, salud mental, violencia intrafamiliar, nutrición y salud sexual y reproductiva.

Desde los municipios, el proyecto apoyará desarrollos temáticos operacionales sobre estos asuntos, beneficiándose de la experiencia nacional cuando sea el caso y acumulando a su vez una experiencia propia útil a su vez para apuntalar la experiencia nacional en estos intereses específicos en salud. Intercambio de experiencias entre los municipios y apoyo mutuo entre los mismos se prevé también en el desarrollo de estos temas. Estilos de vida es un tema poco trabajado en el país. El valor de las contribuciones que el proyecto puede hacer en este sentido pueden hacer una clara diferencia con relación a la disponibilidad de conocimientos en el escenario municipal sobre estos problemas sectoriales asociados al desarrollo local.

Otros aspectos tales como la estrategia de comunicación y acción comunitaria y el sistema de información comunitario (SICO), productos del apoyo de la Cooperación del Gobierno de Suecia al MINSA, serán implementadas con el apoyo del proyecto. Ambas estrategias institucionalizan diversos aspectos de la participación ciudadana en salud consolidando este eje como parte de la agenda del MINSA en su calidad de líder y rector del sector salud.

Actividades

La lógica de identificación y formulación de las actividades tuvieron tres criterios de coherencia:

- Con el resultado esperado correspondiente
- Con el árbol de problemas identificado
- Con las estrategias de implementación del proyecto

De esta manera, es posible entonces encontrar actividades que interactúan con aspectos diversos del árbol de problemas. A manera de ejemplo,

- La actividad 05 del resultado esperado 01: Organizar un sistema de garantía de la calidad para la red de servicios en los SILAIS interactúa con el árbol de problemas en lo que se refiere a FALTA UN SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD INSTITUCIONAL. SE APLICAN DIFERENTES EXPERIENCIAS DE ACUERDO A PRIORIDADES DE PROGRAMAS DE COOPERACIÓN, consignado en el subproblema DEBILIDAD EN LA GERENCIA Y ORGANIZACIÓN INTERNA ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DEL MINSA PARA RECTOREAR Y LEDEREAR EL SECTOR SALUD.

O bien, actividades que interactúan con estrategias de implementación del proyecto. A manera de ejemplo:

- La actividad 10 del resultado esperado 02: Desarrollar alternativas de prestación de servicios de salud a comunidades inaccesibles interactúa con dos estrategias de ejecución, a saber:
 - Concentrar recursos de inversión en los SILAIS de la RAAN, RAAS, Jinotega, Matagalpa y Boaco; escenarios geográficos caracterizados por el deterioro de la situación de salud y bajos Índices de Desarrollo Humano Municipal.
 - Apoyar procesos locales sensibles para el desempeño del rol a favor de la salud de las poblaciones más desprotegidas bajo su influencia de los SILAIS Chinandega, Estelí, Madriz y N. Segovia. Estos procesos son: monitoreo y supervisión, atención a comunidades vulnerables inaccesibles e inmunizaciones.

O bien, como es la tónica general, actividades que, además de interactuar con el árbol de problemas y las estrategias de ejecución, son coherentes con el resultado esperado correspondiente.

A su vez, las actividades tienen diferentes instancias ejecutoras: Nivel Central, SILAIS de abordaje integral y SILAIS de apoyo específico. Estas instancias pueden ejecutar las actividades de manera directa, o bien, en conjunto con las otras instancias ejecutoras.

Las actividades ejecutadas por el nivel central corresponden al apoyo que el proyecto brinda a procesos nacionales. Ejemplos de esta categoría de actividades son las actividades 01 de los resultados esperados 01 y 02. En todos los casos, los SILAIS de abordaje integral y los SILAIS de apoyo especial son también beneficiarios:

- RE 01 / *Consolidar procesos institucionales y proveer herramientas técnicas en planificación y gerencia del sector.* En este caso en particular, el proyecto va a apoyar al Nivel Central del Ministerio de Salud para que fortalezca sus capacidades con relación a la Ley General de Salud, Enfoque Sectorial en Salud, Plan nacional de Salud, Modelo de Salud de las Regiones Autónomas, Gerencia de Hospitales y la universalización de herramientas gerenciales específicas: SIMINSA, SIGFA, SNIP, SINANSE y SISNIVEN.

Las actividades ejecutadas por los SILAIS de abordaje integral son las actividades substantivas del proyecto. Su ámbito de actuación son los SILAIS de Boaco, Matagalpa, Jinotega, RAAN y RAAS. En algunos casos son ejecutadas en conjunto con las otras instancias, pero siempre el destino territorial mencionado representa el eje de actuación principal y de acumulación de beneficios directos a través de la aplicación de los recursos del proyecto. A manera de ejemplo pueden apreciarse a continuación actividades de esta categoría:

- RE 01 / *Desarrollar en los SILAIS de abordaje integral experiencias exitosas provenientes de otras iniciativas y proyectos.* Se trata entonces de identificar experiencias exitosas de otras iniciativas y proyectos en el país y a través de un proceso de apropiación de experiencias, ampliarlas en su ejecución a los SILAIS de abordaje integral.
- RE 02 / *Profesionalizar a las auxiliares de enfermería trabajando en municipios priorizados.* En este caso participa el Nivel Central y los SILAIS de abordaje integral. El rol del Nivel Central es de soporte al proceso, los recursos del proyecto serán manejados por los SILAIS de apoyo integral y el beneficio de la actividad estará concentrado en las auxiliares de enfermería de estos escenarios territoriales.

Las actividades ejecutadas por los SILAIS de apoyo especial corresponden a actividades específicas, de alta sensibilidad, que gozan del beneficio del proyecto. En tres actividades recibirán el apoyo pleno del proyecto:

- La actividad 04 del RE 01 *Desarrollar planes sectoriales de salud en los SILAIS y consolidar los procesos locales de monitoria y evaluación, en lo que a los procesos locales de monitoria se refiere.*
- La actividad 10 del RE 02 *Desarrollar alternativas de prestación de servicios de salud a comunidades inaccesibles.*
- La actividad 12 del RE 02 *Apoyar la ampliación de cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones priorizando localidades sin coberturas optimas.*

En otras actividades, tales como las actividades 3,4 y 6 del RE 3, los SILAIS de apoyo específico participan en calidad de experiencias exitosas de referencia y recibirán el beneficio del proyecto para apoyar a los SILAIS de abordaje integral en la implementación de la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria, Sistema de Información Comunitario (SICO) y Violencia Intrafamiliar.

Globalmente, las actividades asociadas a cada resultado esperado y las instancias de ejecución, pueden apreciarse en la tabla que se muestra a continuación.

Actividades

Resultados esperados	Actividades ¹¹	Instancia ejecutora
01 Consolidados los procesos de gerencia y planificación local	1. Consolidar procesos institucionales ¹² y proveer herramientas técnicas en planificación y gerencia del sector.	Nivel Central MINSA y SILAIS
	2. Apoyar el desarrollo de manuales y normas técnicas y administrativas	Nivel Central
	3. Sistematizar e institucionalizar las mejores experiencias del proyecto y desarrollar una campaña de promoción de éstos procesos	Nivel central MINSA
	4. Desarrollar planes sectoriales de salud en los SILAIS y consolidar los procesos locales de monitoria y evaluación.	SILAIS de abordaje integral y de apoyo específico
	5. Organizar un Sistema de Garantía de la Calidad para la red de servicios en los SILAIS	Minsa Central y SILAIS de abordaje integral
	6. Identificar aliados para la ejecutar el proyecto de forma conjunta y coordinar procesos locales de cooperación externa en salud en los SILAIS	Nivel Central y SILAIS de abordaje integral
	7. Desarrollar en los SILAIS de abordaje integral experiencias exitosas provenientes de otras iniciativas o proyectos	SILAIS de abordaje integral

¹¹ Las subactividades y las tareas administrativas rutinarias no se incluyen en la propuesta de proyecto.

¹² Ley General de Salud, Enfoque Sectorial en Salud, Plan Nacional de Salud, Modelo de Salud de las Regiones Autónomas, Gerencia de Hospitales, SIMINSA, SIGFA, SNIP, SINAMSE y SISNIVEN

Resultados esperados	Actividades ¹¹	Instancia ejecutora
02 Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiarios, de acuerdo a las políticas y prioridades en salud	1. Divulgar y capacitar acerca del Modelo de Atención Integral en Salud, y apoyar el desarrollo de manuales y normas técnicas de provisión de servicios	Nivel Central MINSA
	2. Divulgar las Políticas de RH y elaborar el Plan de Desarrollo de los recursos humanos de los SILAIS.	Nivel Central MINSA y SILAIS de abordaje integral
	3. Profesionalizar a las auxiliares de enfermería trabajando en municipios priorizados	Nivel Central MINSA y SILAIS de abordaje integral
	4. Organizar y desarrollar Programas de Educación Permanente en Servicio con énfasis en maternidad segura, atención integral al niño y vigilancia epidemiológica	SILAIS de abordaje integral
	5. Reordenar, rehabilitar, equipar y brindar mantenimiento preventivo a las unidades prioritarias de la red de servicios del primer nivel de atención	SILAIS de abordaje integral
	6. Rehabilitar, equipar y brindar mantenimiento preventivo a la ruta crítica de atención a la madre y al niño en hospitales departamentales de referencia	SILAIS de abordaje integral
	7. Construir casas de personal de salud de unidades priorizadas con énfasis en RAAN y RAAS	Nivel Central MINSA y SILAIS de abordaje integral
	8. Dotar de insumos y equipo médico y no médico, transporte acuático y terrestre orientado a las emergencias obstétricas y pediátricas en municipios prioritarios	Nivel Central MINSA
	9. Fortalecer el sistema de vigilancia de insumos críticos, el uso racional de medicamentos y la educación a la población	SILAIS de abordaje integral
	10. Desarrollar alternativas de prestación de servicios de salud a comunidades inaccesibles	Nivel Central MINSA y SILAIS de abordaje integral y de apoyo específico
	11. Realizar investigaciones operativas acerca de problemas locales de salud	SILAIS de abordaje integral
	12. Apoyar la ampliación de coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones priorizando localidades sin coberturas óptimas	SILAIS de abordaje integral y de apoyo específico
	13. Brindar apoyo a las actividades de prevención de enfermedades epidémicas: leptospirosis, Leishmania, dengue y chagas	SILAIS de abordaje integral

Resultados esperados	Actividades ¹¹	Instancia ejecutora
03 Desarrolladas alianzas para impulsar la participación social en la solución de problemas locales de salud y la promoción de estilos de vida saludables	1. Ejecutar iniciativas municipales e intermunicipales de promoción y prevención de los principales problemas de salud con participación activa de GOBIERNOS LOCALES y la red comunitaria de brigadistas, col vol, parteras	SILAIS de abordaje integral
	2. Capacitar a los Gobiernos Locales en la implementación de la Ley de Municipalidades en lo concerniente a salud	Nivel Central MINSA, SILAIS de abordaje integral
	3. Implementar la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en salud	Nivel Central MINSA, SILAIS de abordaje integral , SILAIS de apoyo específico
	4. Implementar el Sistema de Información Comunitario (SICO)	SILAIS de abordaje integral , SILAIS de apoyo específico
	5. Implementar estrategias de promoción de la salud y de estilos de vida saludables en adolescentes, incluyendo educación en salud reproductiva, prevención del suicidio y adicciones	SILAIS de abordaje integral
	6. Desarrollar iniciativas locales dirigidas hacia la prevención y atención de la violencia intrafamiliar en coordinación con las redes	SILAIS de abordaje integral , SILAIS de apoyo específico
	7. Implementar la estrategia de Escuelas Amigas y Saludables	SILAIS de abordaje integral , SILAIS de apoyo específico
	8. Apoyar iniciativas comunitarias de apertura y mejoramiento de Casas Maternas	SILAIS de abordaje integral
	9. Implementar la estrategia de Atención Primaria Ambiental	SILAIS de abordaje integral , SILAIS de apoyo específico

Supuestos y Riesgos

En su conjunto el proyecto se ubica en el contexto que para el sector salud propone el Plan Nacional de Desarrollo. Considerando que el PND esta concebido como una visión de país que consigue aglutinar a su alrededor a las fuerzas vivas de la nación, el proyecto eleva a la condición de supuesto la voluntad política de al menos el Gobierno y la Cooperación Internacional de reorientar recursos para la ejecución del PND.

Los supuestos que acompañan la esencia del propósito: fortalecer el rol de liderazgo y rectoría del MINSA; se refieren al desarrollo gradual de capacidades del MINSA para la aplicación de la Ley General de Salud, a la existencia de dirigentes locales con experiencia, capacidades y habilidades de liderazgo y gerencia, tanto como a la existencia de voluntad política de las autoridades locales para apoyar el desarrollo de la salud en ese ámbito.

El resultado esperado 01 referido a la planificación y gerencia asume que en el año base del proyecto (2005) existen propuestas operacionales del enfoque sectorial en salud y del plan nacional de salud que contribuirían a la puesta en práctica de estas dos herramientas en el contexto de los SILAIS de concentración territorial del proyecto.

Dentro de este mismo marco, la voluntad y experiencia de otros protagonistas de la cooperación internacional en salud se considera clave para desarrollar aspectos tales como calidad de la atención y coordinación local de la cooperación externa. Igualmente, se espera que el MINSA mantenga la disponibilidad de las herramientas gerenciales previstas de proyección nacional para ser implementadas en los SILAIS de abordaje integral.

El resultado esperado 02 cuya idea esencial es la organización de la red de servicios asume que en el año base de ejecución del proyecto existen propuestas aprobadas de reordenamiento de la red de servicios que incluyen a los SILAIS de abordaje integral y que el financiamiento para el programa de adquisición de insumos, equipos y mejoramiento de la infraestructura de unidades seleccionadas en los SILAIS de abordaje integral estará disponible de forma oportuna.

También, el resultado esperado 02 supone que las autoridades locales en el ámbito municipal han identificado diferentes modalidades de extensión de cobertura de los servicios de salud - además de las tradicionales brigadas medicas - capaces de resolver el problema de inequidad que representa la existencia de nicaragüenses que no puedan acceder a los servicios de salud que ofrece el gobierno nicaragüense por la existencia de barreras geográficas que pueden ser abatidas.

El resultado mencionado eleva a la condición de supuesto también la reglamentación y aplicación de la Ley de Carrera Civil como una contribución necesaria para la elaboración de planes de desarrollo de recursos humanos y su ejecución en recursos seleccionados. En términos generales, detrás de este supuesto, esta la necesidad de establecer un vinculo interactivo entre la inversión en materia de desarrollo del capital humano de la institución y la estabilidad del mismo en sus puestos de trabajo y/o en la institución en su conjunto.

El resultado esperado 03 basado en la idea de las alianzas y promoción de la salud asume que las redes locales e instituciones de la sociedad civil y el gobierno tienen en su agenda de desarrollo local las casas maternas, escuelas saludables y violencia intrafamiliar. Aun mas, el proyecto asume que los diferentes actores en salud del escenario comunitario tienen disposición para integrarse en una red comunitaria y reciben sin mayores resistencias la implementación del sistema de información comunitario en el escenario municipal como una herramienta útil para el proceso de toma de decisiones en sus ámbitos de actuación.

La puesta en práctica de la estrategia de comunicación y acción comunitaria, cuya prioridad son los adolescentes, va a recibir el apoyo en recursos humanos y financieros de las redes comunitarias, gobiernos locales y organismos de cooperación del sector salud en el escenario local. Este supuesto presupone que esta estrategia va a ser un elemento de convergencia de la sociedad civil y los Gobiernos Locales.

Ninguno de los supuestos planteados se considera que van a evolucionar para convertirse en un supuesto fatal para la ejecución del proyecto.

¿ Qué riesgos se consiguen prever para el Proyecto?.

- En primer lugar riesgos de orden político.
 - En el año 2004 se realizarán elecciones municipales que van a modificar los liderazgos políticos en las alcaldías municipales de los SILAIS de concentración territorial y de Apoyo bajo el área de influencia del proyecto.
 - Considerando el protagonismo que juega el MINSa – que no modifica sus liderazgos en esta coyuntura - en la definición de la programación local del proyecto y la capacidad de contribución que el proyecto posee para el desarrollo local de la salud, éste riesgo se considera *bajo* en términos de impacto en la ejecución del proyecto. Lo más probable es que se sufra atraso en la programación de actividades y la ejecución presupuestaria, sin mayores connotaciones.
 - En el año 2006 se realizarán elecciones nacionales. El panorama político del país está sujeto a un proceso continuo y complejo de negociaciones políticas entre las tres principales fuerzas políticas: el Gobierno, FSLN y PLC; que no permite prever con exactitud, en este momento, la correlación de fuerzas en la coyuntura de las elecciones.
 - La probabilidad de que el Gobierno actual continúe o sea substituido por una fuerza política afín a sus planteamientos depende de numerosos factores difíciles de prever. En síntesis, la continuidad del Plan Nacional de Desarrollo está en juego en estas elecciones cuyo resultado está rodeado de altos niveles de incertidumbre. Este riesgo se considera *mediano* en términos de la ejecución del proyecto y su impacto en el proyecto se considera *bajo*. Lo más probable es que se sufra atraso en la programación de actividades y la ejecución presupuestaria, pero que no se suspenda, considerando, además, su condición de compromiso de Estado.
- En segundo lugar, riesgos de orden técnico.
 - El destino de diversos procesos de preparación de herramientas técnicas asociadas al desempeño del rol de liderazgo y rectoría del MINSa está sujeto a niveles de incertidumbre que deben dilucidarse en el transcurso del año 2004. Nos referimos concretamente al Plan Nacional de Salud, al Enfoque Sectorial en Salud y al Modelo de Atención Integral en Salud. Mayor incertidumbre existe acerca de la disponibilidad de modelos operacionales para ser implementados en los SILAIS a partir del año 2005.
 - Este riesgo es catalogado de *mediano*, pero su impacto en el proyecto se estima *bajo*. El proyecto durante su periodo de operación durante el 2005 – 2007 tendrá posibilidades de contribuir para que estos modelos operacionales sean obtenidos, en caso de no estar disponibles al inicio del año base de operación del proyecto.

- En tercer lugar, riesgos de orden administrativo
 - Las múltiples necesidades institucionales pueden generar presiones para la gerencia operativa del proyecto, concentrada en primera instancia en la consecución de los resultados esperados previstos y el monitoreo y seguimiento de los supuestos y riesgos, para dispersar la inversión del proyecto en función de necesidades coyunturales emergentes. Este riesgo es catalogado como *bajo*, en la medida en que el proyecto establezca en los sistemas de programación, seguimiento y evaluación del MINSa que utilice, reglas transparentes para las rendiciones de cuentas técnicas y financieras y para la movilización de recursos de una actividad a otra, de un resultado esperado a otro, y de un elemento del gasto a otro.

Indicadores y Medios de Verificación

Tasa de mortalidad materna ¹³ reducida de 100 x 100 mil RNV (2002) a 86 x 100 mil RNV (2007)
Tasa de mortalidad infantil reducida de 31 x mil RNV (2001) a 29 x mil nacidos vivos (2007)
Tasa de morbilidad x dengue clásico reducida de 3.94 x 10 mil habitantes (2002) a 2.75 por 10 mil habitantes (2007)
Alcanzadas al año 2007, coberturas de inmunizaciones para niños menores de 1 año en los siguientes biológicos y porcentajes, de: <ul style="list-style-type: none"> a) 1d. de BCG 99 % b) 3d. de antipolio 93 % c) 3d de 5-en1 93 %

Los *indicadores del Fin*: Contribuir a la mejora del estado de salud de la población en municipios y SILAIS vulnerables están referidos a problemas de salud de envergadura nacional, acerca de los cuales el proyecto da una contribución desde los escenarios territoriales donde actúa concentrando recursos de inversión: los SILAIS de abordaje integral.

Los problemas identificados son tasa de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasa de morbilidad por dengue clásico y cobertura de inmunizaciones en niños menores de 1 año en la primera dosis de BCG, tercera dosis de antipolio y tercera dosis de 5-en-1. Las dos primeras tasas (mortalidad materna e infantil) representan compromisos internacionales del país, reflejados en el Plan Nacional de Desarrollo.

En todos los casos, estos indicadores nacionales también representan problemas de salud de envergadura en los SILAIS de abordaje integral: Boaco, Matagalpa, Jinotega, RAAN y RAAS, tal y como fue analizado en la sección de justificación de esta propuesta.

Los medios de verificación de las tasas de mortalidad materna e infantil son la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) y de las tasas de morbilidad por dengue y la cobertura de inmunizaciones en biológicos específicos es el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSa.

Los *indicadores del Propósito*: Fortalecido el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud, apoyando la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud en los SILAIS RAAN, RAAS, Matagalpa, Jinotega y Boaco, y consolidando experiencias exitosas en otros 5 SILAIS, están referidos a tres aspectos complementarios entre sí:

Incrementada en un 20 % la población de los SILAIS de abordaje integral que identifica la rectoría del MINSa en el sector salud, en el período 2005 - 2007

Componente de provisión de servicios del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)¹ en ejecución en el ámbito de los SILAIS de abordaje integral, en el período 2005 - 2007

Dos regiones autónomas del atlántico con modelo de atención regional definido, durante el período 2005 - 2007

¹³ La tasa de mortalidad materna ha sido recalculada para que solo incluya causas obstétricas (directas e indirectas) lo cual permite comparabilidad internacional

- La percepción de la población con relación al rol de rectoría del MINSA
- La puesta en práctica del componente de provisión del Modelo de Atención Integral en Salud, y
- El modelo de atención de las regiones autónomas del Atlántico.

La función de rectoría del MINSA no es un objetivo en sí mismo. Esta al servicio del derecho a la salud de la población nicaragüense. De ahí la relevancia de considerar la percepción que la población tiene sobre el ejercicio de la rectoría por parte del MINSA.

Por otra parte, el Modelo de Atención Integral en Salud posee tres componentes: provisión, gestión y financiamiento. Incluye, además, un capítulo separado acerca de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica.

Tal y como el texto de los indicadores lo indica, una de las señales del éxito alcanzado en la consecución del resultado esperado es la ejecución del componente de provisión del MAIS – el proyecto no asume compromisos con relación al componente de gestión y financiamiento – tanto en los SILAIS de cobertura integral en el Pacífico del país, como en las dos regiones autónomas.

Los medios de verificación planteados están dirigidos, por un lado, a conocer a) la percepción de la población con relación a la rectoría del MINSA a través de una encuesta de línea de base y salida, y b) el estado de implementación del componente de provisión de servicios del MAIS con una periodicidad anual; y por otro lado, a verificar la existencia de una propuesta de modelo de atención de las regiones autónomas que recoja las características socioculturales propias de esta región del país aprobada por los órganos correspondientes establecidos en la Ley General de Salud.

Los indicadores del Resultado Esperado 01: Consolidados los procesos de gerencia y planificación local; están referidos a cuatro aspectos sensibles de la conducción local del rol del MINSA: planes sectoriales o institucionales de salud, calidad de la atención, comisiones interagenciales de cooperación externa y la implementación de herramientas gerenciales específicas.

Cinco Planes Institucionales o Sectoriales de Salud elaborados, ejecutados y evaluados participativamente anualmente en los SILAIS de abordaje integral, en el periodo 2005 - 2007

Un Sistema de Garantía de la Calidad implementado al 2007 en los 5 SILAIS de abordaje integral

Cinco¹ comisiones interagenciales de cooperación externa organizadas en 2006 y funcionado en los SILAIS de abordaje integral y sus principales municipios durante el periodo 2006 - 2007

Al menos dos de las siguientes herramientas gerenciales implementadas: SIMINSA, SIGFA, SNIP, SINAMSE y SISNIVEN, en los 5 SILAIS de abordaje integral

Los planes son relevantes en la medida que representan las prioridades hacia las cuales se enrumban los recursos institucionales y/o del sector. Representan por excelencia una guía para la acción de los diferentes protagonistas del sector salud y permiten el seguimiento de los condicionantes y determinantes de la salud en el escenario municipal.

Los Planes de salud – aunque entrelazados con los otros indicadores – poseen con las Comisiones Interagenciales de Cooperación relaciones interactuantes particulares que conviene señalar debido a la relevancia del rol de la cooperación en el desarrollo local de la salud.

Los planes son una referencia substantiva para el trabajo de las Comisiones, y estas representan recursos de inversión para el desarrollo de la salud en el ámbito local que deben ser tomados en consideración a la hora de la preparación de los planes, a partir de un proceso de negociación con los agentes de cooperación externa presentes en los territorios, proceso que facilita, precisamente, la organización y funcionamiento de las Comisiones como plataforma de compromisos alrededor de los principales problemas de salud pública de los territorios.

Por otro lado, calidad de la atención es un eje donde convergen el derecho de la población a la atención en salud y el deber del Estado de proporcionárselo. Calidad de la atención es un mediador que permite introducir paulatinamente en la cultura de servicios del sector público la orientación hacia el cliente – en este caso mucha de la población más pobre del país como ya ha sido mencionado – y por otro lado, permite también revalorar desde la perspectiva gerencial aspectos relativos a la eficacia y eficiencia de la organización de los servicios.

Las herramientas gerenciales mencionadas en el texto del indicador correspondiente son parte del proceso interno de ordenamiento de los flujos de información sobre aspectos sensibles del quehacer institucional, que permiten mejorar la plataforma de información para el proceso de toma de decisiones. Están directamente ligadas a la consecución de información para la toma de decisiones gerenciales.

Los medios de verificación previstos reflejan la existencia de propuestas y las evaluaciones correspondientes de su implementación en el caso de planes y calidad de la atención, tanto como informes de implementación de las herramientas gerenciales y diversos aspectos atinentes a la organización y funcionamiento de las comisiones intergerenciales.

Los indicadores del Resultado Esperado 02:: Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiarios, de acuerdo a las políticas y prioridades en salud; están referidos a aspectos directamente relacionados con la provisión de servicios: reorganización de redes locales; insumos, equipo y mejoramiento de infraestructura; extensión de cobertura de servicios y desarrollo de recursos humanos.

Todos estos indicadores señalan la voluntad del proyecto de fortalecer las redes locales de servicios públicos de salud especialmente en lo que se refiere a la atención a las madres y a los niños. La herramienta "servicios de salud" como un componente de la salud como producto social, además de la biología, ecología y estilos de vida, se privilegia a través de estos indicadores como señales de la consecución del resultado esperado.

Los medios de verificación previstos: evaluación de planes de reordenamiento de la red, actas de recepción de insumos, estadísticas de extensión de cobertura, planes de desarrollo de RH; permiten en cada caso realizar un seguimiento periódico de cómo el proyecto se va dirigiendo a la consecución del resultado esperado previsto.

Los indicadores del Resultado Esperado 03: Desarrolladas alianzas para impulsar la participación social en la solución de problemas locales de salud y la promoción de estilos de vida saludables: están referidos a aspectos relevantes de la implementación de la estrategia de promoción de la salud en el escenario municipal.

80 % de la red de servicios de al menos dos SILAIS de abordaje integral reorganizada en el 2006 y evaluada en el 2007

100 % del programa de adquisición de insumos, equipos y mejoramiento de infraestructura de las unidades seleccionadas, ejecutado en el 2007

80 % de las comunidades de difícil acceso de los municipios de los SILAIS de abordaje integral están recibiendo programas de extensión de cobertura, 2007

Cinco SILAIS de abordaje integral con un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos elaborado 1er. Trimestre 2005 y ejecutado al 100 % en los recursos seleccionados por el Proyecto en el 2007

18 municipios (40 % del total) de los SILAIS de abordaje integral están implementando algunas de las siguientes iniciativas de promoción: casas maternas, escuelas saludables y violencia intrafamiliar, 2007

35 municipios (80 % del total) de los SILAIS de abordaje integral implementan a partir del 2005 el Sistema de Información Comunitario y consolidan su red comunitaria al concluir el año 2007

100 % del total de los municipios de los 10 SILAIS de abordaje integral y apoyo implementan la estrategia de comunicación y acción comunitaria, priorizando adolescentes, en el periodo 2005 – 2007

18 Gobiernos Locales (40 del total %) de los SILAIS de abordaje integral, están dirigiendo la ejecución del componente de salud en el marco del plan de desarrollo municipal, 2007

Diversos aspectos técnicos de esta estrategia son utilizados como referencia para señalar la consecución exitosa del resultado esperado: casas maternas, escuelas saludables, violencia Intrafamiliar y comunicación y acción comunitaria. Igualmente, el protagonismo de adolescentes y Gobiernos Locales en salud es asumido también como un elemento que comprueba el éxito de la consecución del resultado esperado.

Los medios de verificación previstos permiten en cada caso comprobar el estado del indicador a través de la evaluación de las iniciativas, planes de implementación de estrategias específicas y convenios, y reportes periódicos de sistemas de información comunitarios.

En resumen, los indicadores identificados permiten brindarle seguimiento global al desempeño del proyecto en las facetas consideradas mas sensibles para la consecución del Fin, Propósito y Resultados Esperados, privilegiando en estos últimos, indicadores asociados a tres escenarios diferentes en el ámbito local: la conducción del rol del MINSA RE1), la red de servicios (RE2) y los municipios (RE3).

Matriz del Marco Lógico

JERARQUIA DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir a la mejoría del estado de salud de la población en municipios y SILAIS vulnerables	Tasa de mortalidad materna ¹⁴ reducida de 100 x 100 mil RNV (2002) a 86 x 100 mil RNV (2007)	Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2005 Y 2009	El Gobierno y la cooperación Internacional reorientan sus recursos para apoyar la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo
	Tasa de mortalidad infantil reducida de 31 x mil RNV (2001) a 29 x mil nacidos vivos (2007)	Idem anterior	La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2005 y 2009 se realiza de acuerdo a lo previsto por el Gobierno Central
	Tasa de morbilidad x dengue clásico reducida de 3.94 x 10 mil habitantes (2002) a 2.75 por 10 mil habitantes (2007)	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud	
	Alcanzadas al año 2007 , coberturas de inmunizaciones para niños menores de 1 año en los siguientes biológicos y porcentajes, de: d) 1d. de BCG 99 % e) 3d. de antipolio 93 % c) 3d de 5-en-1 93 % NB: d significa dosis	Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud	

¹⁴ La tasa de mortalidad materna ha sido recalculada para que solo incluya causas obstétricas (directas e indirectas) lo cual permite comparabilidad internacional

PROPOSITO			
<p>Fortalecido el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud , apoyando la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud en los SILAIS RAAN, RAAS, Matagalpa , Jinotega y Boaco, y consolidando experiencias exitosas en otros 5 SILAIS¹⁵.</p>	<p>Incrementada en un 20 % la población de los SILAIS de abordaje integral que identifica la rectoría del MINSa en el sector salud, en el periodo 2005 – 2007</p>	<p>Una encuesta de línea de base y salida</p>	
	<p>Componente de provisión de servicios del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)¹⁶ en ejecución en el ámbito de los SILAIS de abordaje integral, en el periodo 2005 – 2007</p>	<p>Documentos de evaluación anual de la ejecución del COMPONENTE DE provisión MAIS en los SILAIS beneficiarios Informe de evaluación externa</p>	<p>El MINSa está desarrollando las capacidades necesarias y suficientes para la aplicación local de la LGS</p>
	<p>Dos regiones autónomas del atlántico con modelo de atención regional definido, durante el periodo 2005 - 2007</p>	<p>Documentos del modelo aprobados por los gobiernos regionales y comisión coordinadora de las regiones autónomas (lgs/art 63)</p>	<p>MINSa nombra dirigentes locales con experiencia, capacidades y habilidades de liderazgo y gerencia</p> <p>Voluntad política de las Autoridades Locales para apoyar el desarrollo de la salud</p>

¹⁵ SILAIS: Chinandega, Esteli, León, Madriz, Nueva Segovia

¹⁶ El Reglamento de la LGS define el MAIS como “el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección y recuperación de la salud, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica, a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense.

"Hacia un Enfoque Sectorial en Salud"

RESULTADO ESPERADO 01			
Consolidados los procesos de gerencia y planificación local	Cinco Planes Institucionales o Sectoriales de Salud elaborados, ejecutados y evaluados participativamente anualmente en los SILAIS de abordaje integral, en el periodo 2005 - 2007	Documentos de planes institucionales o sectoriales Documentos de evaluación de los planes institucionales o sectoriales	El MINSA ha definido una metodología de elaboración de los planes institucionales o sectoriales locales que aborda los principales problemas de salud pública a nivel local. Los diferentes proyectos que han trabajado en calidad de la atención prestan su colaboración para desarrollar e implementar un enfoque único de garantía de la calidad en el MINSA Voluntad política de los diferentes actores locales de la cooperación de realizar una coordinación en beneficio del sector salud
	Un Sistema de Garantía de la Calidad implementado al 2007 en los 5 SILAIS de abordaje integral	Documento propuesta del Sistema Documentos de evaluación anual del sistema Reportes de monitoria	
	Cinco comisiones interagenciales de cooperación externa organizadas en 2006 y funcionado en los SILAIS de abordaje integral y sus principales municipios durante el periodo 2006 - 2007	Acta de conformación de la comisión Documento de compromisos Cartera de proyectos actualizada Informe semestrales	
	Al menos dos de las siguientes herramientas gerenciales implementadas: SIMINSA, SIGFA, SNIP, SINAMSE y SISNIVEN, en los 5 SILAIS de abordaje integral	Informes de implementación Reportes impresos de las herramientas	
RESULTADO ESPERADO 02			
Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiarios, de acuerdo a las políticas y prioridades en salud	80 % de la red de servicios de al menos dos SILAIS de abordaje integral reorganizada en el 2006 y evaluada en el 2007	Documento de Plan y documento de evaluación del mismo	El MINSA ha definido estas herramientas para su implementación en los SILAIS MINSA ha aprobado el Plan de Reordenamiento de la red de servicios Disponibilidad de financiamiento de manera oportuna Autoridades locales han identificado diversas modalidades de extensión de cobertura
	100 % del programa de adquisición de insumos, equipos y mejoramiento de infraestructura de las unidades seleccionadas, ejecutado en el 2007	Actas de recepción de insumos, equipos y obras	
	80 % de las comunidades de difícil acceso de los municipios de los SILAIS de abordaje integral están recibiendo programas de extensión de cobertura, 2007	Informes de los programas de extensión de cobertura Estadísticas de la producción de servicios	
	Cinco SILAIS de abordaje integral con un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos elaborado 1er. Trimestre 2005 y ejecutado al 100 % en los recursos seleccionados por el Proyecto en el 2007	Documento del Plan Informe de ejecución	

RESULTADO ESPERADO 03			
Desarrolladas alianzas para impulsar la participación social en la solución de problemas locales de salud y la promoción de estilos de vida saludables	18 municipios (40 % del total) de los SILAIS de abordaje integral están implementando algunas de las siguientes iniciativas de promoción: casas maternas, escuelas saludables y violencia intrafamiliar, 2007	Documentos de iniciativas Informes de Monitoreo periódico de la ejecución de las iniciativas Documentos de evaluación de las iniciativas	Ley de carrera civil reglamentada y aplicándose Redes locales e instituciones tienen en la agenda de desarrollo local estas iniciativas de promoción
	35 municipios (80 % del total) de los SILAIS de abordaje integral implementan a partir del 2005 el Sistema de Información Comunitario y consolidan su red comunitaria al concluir el año 2007	Diagnostico evaluativo del estado de las redes comunitarias Reportes periódicos del SICO Evaluaciones municipales de la implementación	Los diferentes actores en salud del escenario municipal tienen disposición para integrarse en una red comunitaria No hay resistencias importantes para la implementación del SICO en el escenario comunitario por los agentes de la comunidad generadores de información
	100 % del total de los municipios de los 10 SILAIS de abordaje integral y apoyo implementan la estrategia de comunicación y acción comunitaria, priorizando adolescentes, en el periodo 2005 – 2007	Planes municipales de utilización de la estrategia Evaluación de los planes	Redes comunitarias, gobiernos locales y organismos de cooperación del sector salud, apoyan con recursos humanos y financieros la estrategia Voluntad política de Gobiernos locales, MINSA AMUNIC e INIFOM, para la implementación de los convenios
	18 Gobiernos Locales (40 del total %) de los SILAIS de abordaje integral, están dirigiendo la ejecución del componente de salud en el marco del plan de desarrollo municipal, 2007	Documentos de Convenio Doc de planes de desarrollo municipal Documentos de evaluación de los convenios	

Organización y administración

La *administración* de los recursos del Proyecto corresponde en su totalidad al Ministerio de Salud a través de las estructuras organizativas, procedimientos, normas y herramientas administrativas especializadas propias de la institución.

Tres estructuras del MINSA participan en la administración de los recursos del Proyecto jugando roles diferentes y complementarios: El Nivel Central, a través de la Dirección de Administración y Finanzas (DAF); la sede de los SILAIS a través de la DAF/SILAIS y la sede de los Municipios a través del Equipo de Dirección Municipal y/o, excepcionalmente, DAF municipal. Los roles de estas tres instancias pueden apreciarse a continuación, tanto como las herramientas, procedimientos y normas específicas que se utilizaran en el Proyecto.

Estructura del MINSA	Rol en la administración del Proyecto	Normas, procedimientos y herramientas administrativas específicas
DAF Nacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administra los recursos destinados al Proyecto en general, los recibe del donante y transfiere a las unidades ejecutoras de acuerdo a los POA ▪ Identifica las normas, procedimientos administrativos y herramientas institucionales que deben utilizarse en el Proyecto ▪ Determina e identifica vacíos existentes en los procedimientos, normas y herramientas para la administración institucional de los recursos: y los desarrolla e implementa con el apoyo del proyecto. ▪ Supervisa la utilización y aplicación de las normas, procedimientos y herramientas en la sede de los SILAIS, y desarrolla las capacidades de estos para su implementación y utilización a nivel local ▪ Recibe y evalúa las rendiciones de cuentas financieras de los SILAIS ▪ Prepara los informes financieros de la ejecución del Proyecto para el donante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos financieros <ul style="list-style-type: none"> ○ SIGFAFOR : para preparar el anteproyecto presupuestario (Herramienta del MHCP) ○ SIGFA: subsistema de control de la programación y ejecución presupuestaria (Herramienta del MHCP) ○ SIAFI: herramienta de control de ejecución y registro contable (Herramienta del MINSA) ○ Normas técnicas de control interno emitidas por la Contraloría General de la Republica y aplicadas institucionalmente ▪ Contrataciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Ley 323 : Ley de Contrataciones del Estado (Herramienta del MHCP) ▪ Otras normativas institucionales <ul style="list-style-type: none"> ○ Relativas a transporte ○ Relativas a compras ○ Relativas a gastos de capacitacion+
DAF/SILAIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elabora la demanda de los recursos de acuerdo a los POA, recibe los recursos programados y los transfiere a nivel municipal ▪ Utiliza las normas, procedimiento y herramientas identificadas para la administración de los recursos del Proyecto. ▪ Identifica las necesidades de desarrollo administrativo para la sede del SILAIS y negocia el apoyo del Proyecto para solucionarlas. ▪ Supervisa la utilización de las normas, procedimientos y herramientas en la sede de los Municipios, y desarrolla las capacidades de estos para su implementación y utilización ▪ Recibe y evalúa las rendiciones de cuentas financieras de los Municipios. ▪ Prepara los informes financieros de la ejecución del Proyecto en su ámbito de responsabilidad. 	

Equipo de Dirección Municipal/DAF municipal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepara solicitud de cooperación de acuerdo al POA, recibe y ejecuta los recursos programados ▪ Utiliza las normas, procedimiento y herramientas identificadas para la administración de los recursos del Proyecto. ▪ Identifica las necesidades de desarrollo administrativo para la sede del Municipio y negocia el apoyo del Proyecto para solucionarlas. ▪ Prepara las rendiciones de cuentas financieras de cada Municipio. 	
---	---	--

La organización del Proyecto esta basada en las estructuras organizativas del MINSA en el ámbito nacional, departamental y municipal.

En el ámbito nacional, se conformara una pequeña Unidad de Apoyo (UDA) como apoyo gerencial y administrativo al *Director Nacional* nombrado por el MINSA. La misma, estará ubicada en el Ministerio de Salud bajo la dependencia de una de las Direcciones Superiores que el MINSA decida de común acuerdo con ASDI, en consonancia con la organización del nivel nacional del MINSA vigente al momento de firmar el Convenio de Cooperación entre el Gobierno de Suecia y Nicaragua.

De mutuo acuerdo, el MINSA y ASDI podrán decidir – por razones de fuerza mayor - variar la ubicación orgánica de la UDA en el MINSA. El funcionario(a) que presida la Dirección Superior *elegida* será el Director(a) Nacional del Proyecto y recibirá el apoyo de la UDA para el desempeño de sus funciones.

La *necesidad de la existencia de esta UDA* se evaluara inmediatamente antes de iniciar operaciones el Proyecto y anualmente, bajo la premisa de que inmediatamente antes (2004) o en el transcurso de la ejecución del proyecto puede desaparecer como unidad independiente, en dependencia de la elaboración de acuerdos de ejecución conjunta de proyectos por parte de donantes y la consecuente integración de unidades de apoyo o coordinadoras conjuntas para la ejecución de proyectos.

Esta UDA estará conformada por dos recursos externos contratados por el Proyecto, seleccionados a través de concurso publico: un(a) Asistente Gerencial (a) y un(a) Asistente Administrativa. Consultores(as) de corto plazo podrán ser contratados para la obtención de productos específicos o el apoyo a procesos particulares de interés del Proyecto. El personal de apoyo para la UCP: secretaria (1) y conductor (1) serán proporcionados por el Ministerio de Salud, tanto como el área física de trabajo. Otros insumos de apoyo para el desempeño de las funciones del Director Nacional y la UDA serán proporcionados por el Proyecto.

En el *ámbito departamental y municipal*, la organización del proyecto estará basada totalmente en la organización del Ministerio de Salud. Los Directores de SILAIS y los Directores Municipales de Salud serán los coordinadores de la ejecución del Proyecto en sus respectivos ámbitos. El apoyo para el ejercicio de esta función de orden técnico y administrativo provendrá de las instancias especializadas que conforman la dirección de los SILAIS y la dirección de los Municipios. Diversas necesidades de apoyo en estos ámbitos para el desempeño adecuado de sus funciones serán resueltas con el apoyo del nivel institucional inmediatamente superior o bien, directamente con el apoyo del proyecto.

En la tabla siguiente se detallan las funciones mas relevantes de las instancias y cargos claves que conforman la organización del proyecto en cada uno de los ámbitos mencionados.

"Hacia un Enfoque Sectorial en Salud"

Ámbitos	Cargos y/o instancia	Funciones
Nacional	Director Nacional del Proyecto	<p>Conducir la ejecución del proyecto para que este consiga el propósito y los resultados esperados previstos.</p> <p>Presidir el Equipo Técnico del Proyecto, el Equipo Técnico Ampliado y participar de las sesiones de trabajo de la Cuatripartita.</p> <p>Supervisar el desempeño de los SILAIS en la ejecución del Proyecto</p> <p>Informar al Ministro de Salud y a la representación de ASDI en el país acerca de los avances y obstáculos para la ejecución del Proyecto y tomar las decisiones del caso.</p> <p>Movilizar al Nivel Central de la institución en apoyo a actividades del Proyecto</p> <p>Organizar los procesos de rendición de cuentas técnicas y financieras al donante.</p> <p>Autoriza las transferencias de fondos a los SILAIS y las notificaciones de desembolso a las instancias nacionales beneficiarias</p> <p>Promover al Proyecto como un eje de inversión de otros potenciales donantes</p>
Nacional	Nivel Central	<p>Las diferentes áreas técnicas del MINSa nacional son los responsables de brindar apoyo técnico y administrativo a los SILAIS y al Director Nacional del Proyecto para la ejecución de las actividades programadas por el MINSa contempladas en el Proyecto, además de ejecutar las actividades de envergadura nacional contempladas en el Proyecto</p>
Nacional	Asistente gerencial	<p>Mantener informada al Director Nacional del Proyecto en lo que se refiere a (ver detalle a continuación), apoyar el proceso de toma de decisiones y la ejecución de los acuerdos tomados por el Director Nacional, acerca de:</p> <p>Cómo afectan la ejecución del proyecto el comportamiento de los supuestos y riesgos identificados en esta propuesta y de otros que puedan surgir coyunturalmente.</p> <p>Avances y obstáculos en la consecución de los resultados esperados, los indicadores previstos y las actividades identificadas.</p> <p>Nuevos indicadores y actividades, en caso necesario por razones de fuerza mayor</p> <p>La identificación de socios nacionales e internacionales, públicos y privados, personas jurídicas o naturales, para la ejecución del proyecto y la formulación, seguimiento y evaluación de acuerdos interinstitucionales</p> <p>Avances y obstáculos en la elaboración y presentación de informes técnicos y administrativos al donante</p> <p>Avances y obstáculos en los procesos locales de planificación y programación de los recursos del proyecto</p> <p>La organización de los programas de trabajo relacionados con el proyecto de:</p> <p>funcionarios gubernamentales de alto nivel y/o líderes y personalidades del Gobierno o la sociedad civil de Suecia, otros países o representantes de la cooperación internacional</p> <p>equipos externos de evaluación técnica y/o financiera del proyecto</p>
Nacional	Asistente Administrativo	<p>Mantener informada al Director de la Dirección de Administración y Finanzas en lo que se refiere a (ver detalle a continuación), apoyar el proceso de toma de decisiones y la ejecución de los acuerdos tomados por el Director de la DAF, acerca de:</p> <p>Avances y obstáculos en la planificación, programación, ejecución y rendición de cuentas de los recursos financieros del proyecto</p> <p>Necesidades de asistencia técnica por parte de los Municipios, sede de los SILAIS y Direcciones Técnicas del Nivel Central, para la programación y las rendiciones de cuentas financieras</p> <p>Movilización de recursos entre rubros y renglones del presupuesto del proyecto</p> <p>Preparación de rendiciones de cuentas globales del proyecto para el donante y el Ministerio de Salud.</p> <p>Aspectos financieros de la programación financiera y rendición de cuentas de acuerdos, bajo varias modalidades, del MINSa con diversos agentes externos.</p>

Ámbitos	Cargos y/o instancia	Funciones
Departamental	Director del SILAIS	Coordinar técnicamente y administrativamente la ejecución del proyecto en el ámbito departamental Autoriza las transferencias de fondos a los Municipios y las notificaciones de desembolso a las instancias beneficiarias del SILAIS. Organizar y movilizar al Equipo de Dirección del SILAIS en apoyo a las actividades técnicas y administrativas del Proyecto Coordinar, organizar y supervisar el proceso de planificación y programación local, velando por la coherencia entre actividades y resultados Promover al Proyecto como un eje de inversión de otros potenciales donantes. Promover el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos para la implementación y desarrollo del proyecto y preparar las rendiciones de cuentas técnicas y financieras Preparar los informes periódicos de ejecución del Proyecto Informar al Director Nacional del Proyecto acerca de los avances y obstáculos para la ejecución del Proyecto y tomar las decisiones del caso.
Departamental	Equipo de Dirección del SILAIS	Las diferentes áreas técnicas del SILAIS son los responsables de brindar apoyo técnico y administrativo en el ámbito municipal para la ejecución de las actividades programadas por el MINSA contempladas en el Proyecto
Municipal	Director Municipal de Salud	Coordinar técnicamente y administrativamente la ejecución del proyecto en el ámbito municipal Autoriza la utilización de los fondos de acuerdo a la programación prevista. Organizar y movilizar al Equipo de Dirección Municipal, al Consejo Municipal de Salud y a los integrantes de los Gobiernos Locales en apoyo a las actividades técnicas y administrativas del Proyecto Coordinar, organizar y supervisar el proceso de planificación y programación local municipal, velando por la coherencia entre actividades y resultados Promover al Proyecto como un eje de inversión de otros potenciales donantes. Promover el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos para la implementación y desarrollo del proyecto y preparar las rendiciones de cuentas técnicas y financieras Preparar los informes periódicos de ejecución del Proyecto Informar al Director del SILAIS acerca de los avances y obstáculos para la ejecución del Proyecto y tomar las decisiones del caso
	Equipo de Dirección Municipal	Las diferentes áreas técnicas del Municipio son los responsables de ejecutar las actividades programadas por el MINSA municipal contempladas en el Proyecto o de coordinar estas actividades con otros actores locales.

El Proyecto posee cuatro instancias de coordinación para la conducción de la ejecución del Proyecto:

- a) Comité Técnico
- b) Comité Técnico Ampliado
- c) Cuatripartita
- d) Otras instancias de coordinación

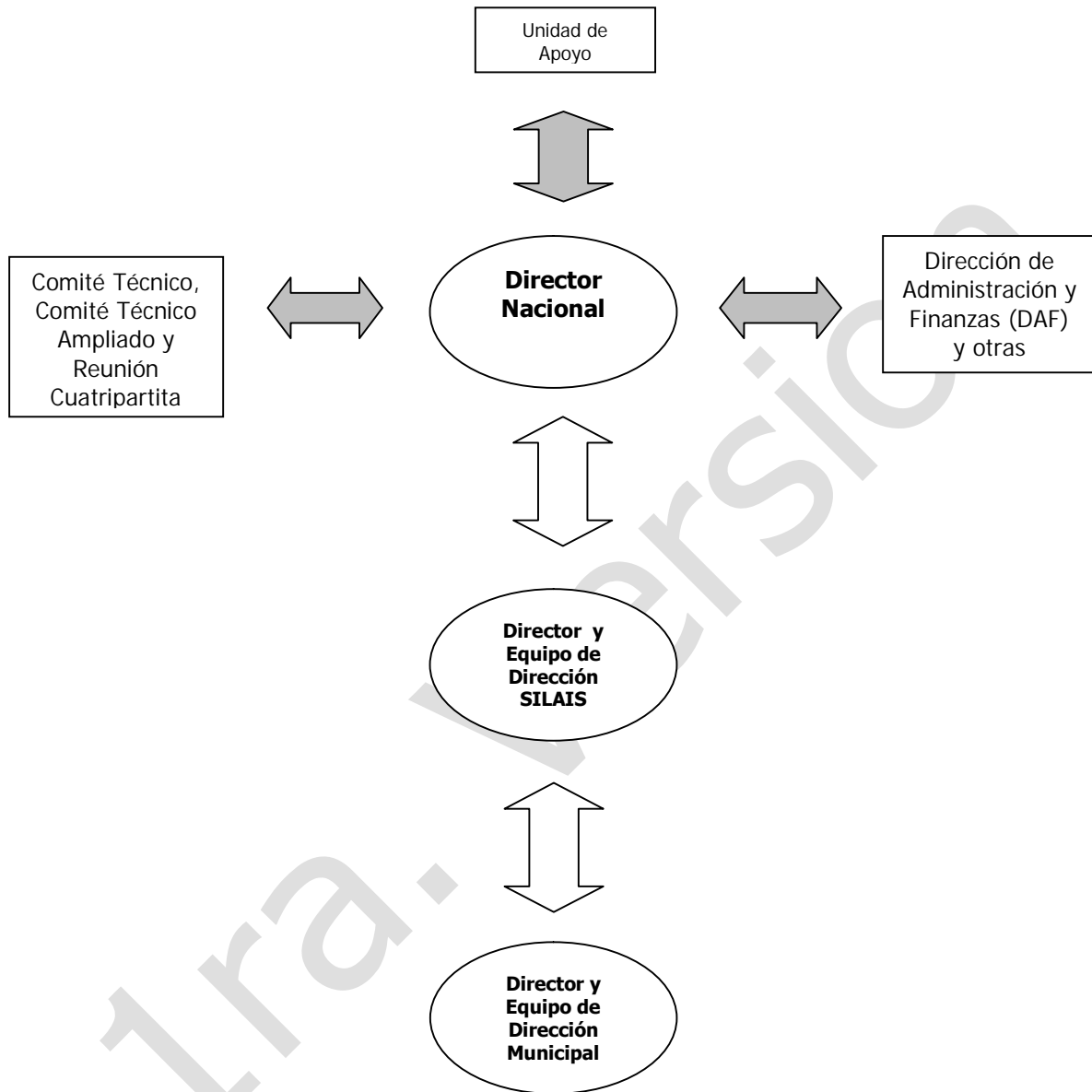
Los integrantes, responsabilidades y periodicidad de las sesiones de trabajo pueden apreciarse en la tabla adjunta.

Tabla 6 Instancias de coordinación del Proyecto

Instancia	Integrantes	Responsabilidades	Periodicidad de las reuniones	Comentarios
Comité Técnico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director Nacional del Proyecto ▪ Asistente Gerencial y Administrativo ▪ Director de la DAF ▪ Invitados de Unidades Ejecutoras Asociadas ▪ Invitados Especiales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar el Plan General de Ejecución del Proyecto ▪ Analizar la ejecución técnica y financiera del Proyecto ▪ Monitorear el comportamiento de los supuestos y riesgos y su posible impacto en el Proyecto ▪ Identificar SILAIS o Municipios de especial interés para la ejecución del Proyecto ▪ Identificar necesidades de cooperación técnica ▪ Aconseja al Director Nacional las decisiones del caso en cada situación problema o no problema identificada 	1 vez c/2 meses y por razones de fuerza mayor	El Asistente Gerencial de la UDA hace las veces de Secretario de Actas del Comité Técnico
Comité Técnico Ampliado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miembros del Comité Técnico del Proyecto ▪ Directores de los SILAIS beneficiarios ▪ División General de Cooperación Externa e Inversiones ▪ Invitados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el avance del proyecto con relación al propósito, resultados esperados y actividades 	1 vez c/6 meses y por razones de fuerza mayor	
Cuatripartita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministro de Salud ▪ Miembros del Comité Técnico del Proyecto ▪ División General de Cooperación Externa e Inversiones ▪ Representante de ASDI en Nicaragua ▪ Invitados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar políticamente el avance del Proyecto con relación al propósito, resultados esperados, actividades y ejecución presupuestaria 	1 vez c/año y por razones de fuerza mayor	Por invitación podrán estar presentes un representante de la Secretaría de Cooperación Externa y de la División General de Cooperación externa e Inversiones

Otras instancias de coordinación	Comité de compras de medicamentos, equipos y suministros	Realizar las compras de acuerdo a los procedimientos establecidos por el MINSA y la Contraloría General de la República	Por razones necesarias	En todos los casos se trata de instancias propias del Ministerio de Salud, a través de las cuales el Proyecto tramita iniciativas de compras, inversión en infraestructura y asignación de becas a trabajadores de la salud
	Comité de inversiones en infraestructura	Evaluar la pertinencia de las inversiones en infraestructura y contratar por licitación las empresas constructoras correspondientes	Por razones necesarias	
	Comité de becas	Evaluar las propuestas de becas y proceder a otorgarlas de acuerdo a los procedimientos del MINSA	Por razones necesarias	

Ilustración 8 Organización del Proyecto



Nota:

- Las relaciones de *staff* son las flechas sombreadas
- Las relaciones de *línea* son las flechas sin sombra

Sistema de programa presupuesto, seguimiento y evaluación técnico financiera del Proyecto

El sistema de *programa presupuesto* de actividades del proyecto tiene un horizonte de tiempo anual y se expresa en un Plan Operativo Anual (POA). Los flujos de desembolsos y rendiciones de cuentas técnicas y financieras son trimestrales. La unidad geográfica mínima del programa presupuesto es el *municipio*. Bajo esta misma modalidad, programan y presupuestan las sedes de los SILAIS e instancias nacionales del Ministerio de Salud de acuerdo a las actividades apoyadas por el Proyecto.

El flujo del programa presupuesto parte de los municipios, se consolida en los SILAIS: donde convergen las actividades de la sede del SILAIS y las de cada municipio; y se consolida después en el ámbito nacional donde convergen los consolidados de los SILAIS y las actividades de envergadura nacional apoyadas por el Proyecto.

Posteriormente, previa aprobación técnica y financiera del Director Nacional del Proyecto con el soporte de la Unidad de Apoyo, se inicia el proceso de desembolso trimestral. La Dirección de Finanzas y Administración procede, por un lado, a transferir los montos aprobados a las DAF de los SILAIS beneficiados y, por otro lado, realiza una notificación de desembolso a las instancias nacionales del MINSA apoyadas por el Proyecto. A su vez, las DAF de los SILAIS transfieren los recursos programados a los Municipios y realizan una notificación de desembolso a las instancias de la sede del SILAIS beneficiadas por el Proyecto. El proceso inverso se repite ahora como rendición de cuentas técnicas y financieras.

Durante el año 2004 se realizara un análisis a partir de la experiencia actual del PROSILAIS y de otros proyectos, especialmente SARE, que permita para el periodo 2005 – 07 utilizar como referencia para el programa presupuesto del proyecto el “Manual para la Programación Presupuestación Anual” desarrollado por el Ministerio de Salud en Julio del 2003.

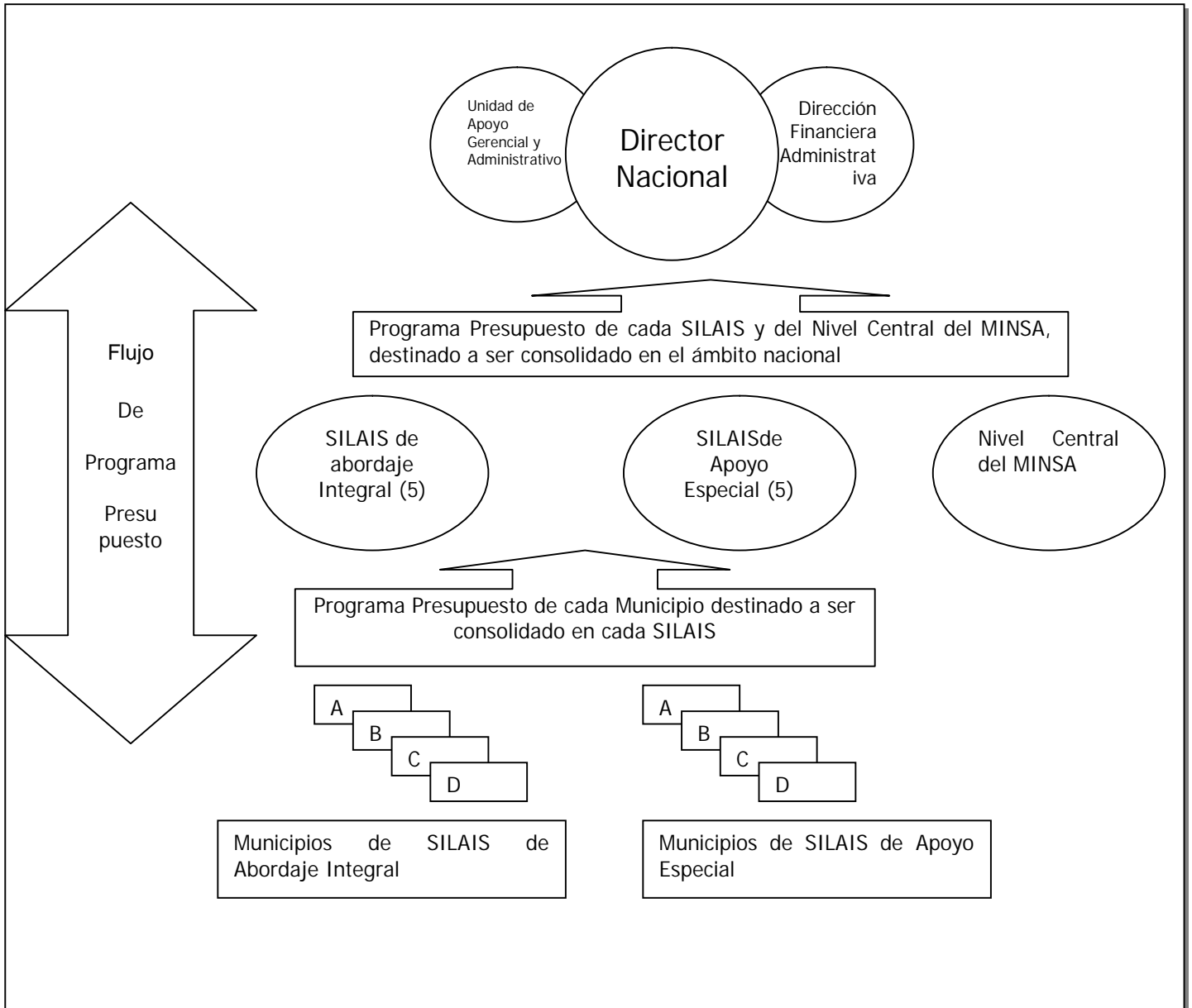
El Proyecto se *evalúa* en su ejecución, desde el punto de vista técnico, a través de un seguimiento sistemático del Director Nacional con el apoyo de la UDA a la ejecución del Proyecto en los SILAIS y municipios utilizando como referencia un plan de supervisión operativa. Las diferentes instancias de coordinación del Proyecto – ya mencionadas – realizan también seguimiento y evaluación periódico del proyecto de orden técnico, financiero y político. Existen además evaluaciones externas de medio termino y de fin de periodo.

Desde el punto de vista de la ejecución financiera, el Proyecto se evalúa a través de auditorias externas. Una de medio termino y otra de fin de periodo.

Como parte de la evaluación, se prepararan dos informes. Un informe de avance que corresponde al primer semestre de ejecución y un informe anual. Los mismos son enviados al donante y a las autoridades nacionales. Al final de la ejecución del proyecto, se editara una memoria recogiendo las contribuciones mas relevantes del Proyecto y sus eventos mas destacados.

El flujo del programa-presupuesto del Proyecto puede apreciarse en la ilustración de la pagina siguiente

Ilustración 9 Flujo de Programa Presupuesto



Presupuesto preliminar

El presupuesto del Proyecto ha sido preparado utilizando el Clasificador por Objeto del Gasto y el Catalogo de Cuentas Institucional. Los diferentes renglones fueron seleccionados atendiendo a la naturaleza de las actividades del Proyecto.

A continuación se presentan una visión del presupuesto por grandes componentes y anos de ejecución y otra visión del presupuesto por resultados esperados y anos de ejecución.

Visión Global del Presupuesto por Grandes componentes y anos de ejecución					
Expresados en US \$ (Marzo 2004)					
Componentes del Presupuesto	Total x componente	% del Total General	Ano 01	Ano 02	Ano 03
Actividades programaticas	8,800,250	97%	1,824,428	4,726,362	2,249,460
Apoyo al Director Nacional del Proyecto	267,626	3%	89,209	89,209	89,209
Construccion de Lineas de Base (Inicio y fin)	50,000	1%	25,000		25,000
Total General	9,117,876	100%	1,938,637	4,815,571	2,363,668

Visión Global del Presupuesto por Resultados esperados y anos de ejecución					
Expresados en US \$ (Marzo 2004)					
Componentes del Presupuesto	Total x Resultado	% del Total General	Ano 01	Ano 02	Ano 03
RE 01 Consolidados los procesos de gerencia y planificación local	160,707	2%	48,212	64,283	48,212
RE 02 Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiarios, de acuerdo a las políticas y prioridades en salud	5,629,235	62%	873,124	3,457,956	1,298,155
RE 03 Desarrolladas alianzas para impulsar la participación social en la solución de problemas locales de salud y la promoción de estilos de vida saludables	3,010,307	33%	903,092	1,204,123	903,092
Total General	8,800,250	97%	1,824,428	4,726,362	2,249,460

El resultado esperado 02 representa el 62 % del total general debido a que en relación con este RE se encuentran una actividad que agregan valor substantivo a la consecución del RE y corresponde a un 30.29 % del total de proyecto. Tal es el caso de la actividades nombrada como " Dotar de insumos médicos y no médicos, equipo medico y no medico, y de transporte acuático y terrestre a los servicios de emergencia obstétricas y pediátricas en municipios priorizados". Ahora bien, esta actividad es central para la organización y el funcionamiento de la red de servicios en el ámbito de los SILAIS beneficiados.

En las siguientes paginas puede apreciarse un detalle **preliminar** del presupuesto por renglones presupuestarios, actividades, resultados esperados y anos de ejecución. También una descripción de los principales renglones presupuestarios utilizados.

1ra. Version

Presupuesto por renglones presupuestarios, actividades, resultados esperados y anos de ejecución

		ACTIVIDADES POR INSUMOS																										
Resultados esperados	Actividades	Renglones Presupuestarios																				Total x Actividad	% POR ACTIVIDAD	Ano 01	Ano 02	Ano 03		
		243	244	252	261	271	273	311	341	353	362	365	391	393	399	421	432	434	435	436	437						513	
Consolidados los procesos de gerencia y planificación local	<i>Consolidar procesos institucionales y proveer herramientas tecnicas en planificación y gerencia del sector</i>	1		10.000	422		13.680	5.490		422		2.345		422										32.781	0,37%	9.834	13.112	9.834
	<i>Apoyar el desarrollo de manuales y normas tecnicas y administrativas del MINSA relacionados con los procesos de planificación y gerencia</i>	2		4.219	2.500		1.875						422											9.016	0,10%	2.705	3.606	2.705
	<i>Sistematizar e institucionalizar las mejores experiencias del proyecto y desarrollar una campana de promocion de estos procesos</i>	3	10.000	5.000		5.000																		20.000	0,23%	6.000	8.000	6.000
	<i>Desarrollar planes sectoriales de salud en los SILAIS y consolidar los procesos locales de monitoria y evaluacion</i>	4	7.500			320					164											30.000	37.984	0,43%	11.395	15.194	11.395	
	<i>Organizar un Sistema de Garantia de la Calidad para la red de servicios en los SILAIS</i>	5	12.000	16.566	546		8.094		874		2.833		874											41.787	0,47%	12.536	16.715	12.536
	<i>Identificar aliados para ejecutar el proyecto de forma conjunta y coordinar procesos locales de cooperacion externa en los SILAIS</i>	6	6.000			320					164													6.484	0,07%	1.945	2.594	1.945
	<i>abordaje integral experiencias exitosas provenientes de otras iniciativas o proyectos</i>	7			506		10.125	1.013				1.013												12.656	0,14%	3.797	5.063	3.797
																							0	0,00%	0	0	0	
Organizada la red de servicios en el ámbito de los SILAIS de abordaje integral de acuerdo a las politicas y prioridades en salud	<i>Divulgar y capacitar acerca del Modelo de Atención Integral en Salud, y apoyar el desarrollo de manuales y normas icas de</i>	1		5.759	288		3.053		2.865		2.289													14.255	0,16%	4.276	5.702	4.276
	<i>elaborar el Plan de desarrollo de los recursos humanos de los SILAIS</i>	2		4.219	2.500	0	1.875	0	0	0	0	0	422	0	0	0	0	0	0	0	0	0		9.016	0,10%	2.705	3.606	2.705
	<i>Profesionalizar a las auxiliares de enfermeria trabajando en municipios priorizados</i>	3																				75.000	75.000	0,85%	22.500	30.000	22.500	
	<i>de Educación Permanente en Servicio con énfasis en maternidad segura, atebcion integral al niño y vcia epidemiologica</i>	10			5.168		59.063		8.269		44.297		8.269											125.065	1,42%	37.519	50.026	37.519
	<i>Reordenar, rehabilitar, equipar y brindar mantenimiento preventivo a la la red de servicios del primer nivel de atención</i>	4																475.000					475.000	5,40%	47.500	332.500	95.000	
	<i>Rehabilitar, equipar y brindar mantenimiento preventivo a la ruta crítica de atención a la madre y al niño en hospitales departamentales de referencia</i>	5												235.000		500.000							735.000	8,35%	73.500	514.500	147.000	
	<i>Construir casas de personal de salud de unidades priorizadas con énfasis en la RAAN y RAAS</i>	6																				375.000	375.000	4,26%	37.500	262.500	75.000	
	<i>Dotar de insumos médicos y no médicos, equipo médico y no médico, y de transporte acuático y terrestre a los servicios de emergencias obstetricas y pediaticas en municipios priorizados</i>	7								25.313	560.000													750.000	30,29%	266.531	1.865.719	533.063

		ACTIVIDADES POR INSUMOS																									
Resultados esperados	Actividades	Renglones Presupuestarios																				Total x Actividad	% POR ACTIVIDAD	Ano 01	Ano 02	Ano 03	
		243	244	252	261	271	273	311	341	353	362	365	391	393	399	421	432	434	435	436	437	513					
	<i>Fortalecer el sistema de vigilancia de insumos críticos y el uso racional de medicamentos y la educación a la población</i>		38.250	5.738	19.125																		63.113	0,72%	18.934	25.245	18.934
	<i>Desarrollar alternativas de prestación de servicios de salud a comunidades inaccesible</i>	150.000					206.550				82.620				10.328								449.498	5,11%	149.833	149.833	149.833
	<i>Realizar investigaciones operativas acerca de problemas locales de salud</i>	60.000																					60.000	0,68%	18.000	24.000	18.000
	<i>Brindar apoyo a las actividades de prevención de enfermedades epidémicas: leptospirosis, dengue y chagas</i>			11.714			133.875		18.743		100.406		18.743										283.480	3,22%	94.493	94.493	94.493
	<i>Apoyar la ampliación de cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones priorizando localidades localidades s coberturas optimas</i>						206.550				82.620				10.328								299.498	3,40%	99.833	99.833	99.833
																							0	0,00%			
Desarrolladas alianzas para la participación ciudadana en la solución de problemas locales de salud y el desarrollo de estilos de vida saludables	<i>Ejecutar iniciativas municipales e intermunicipales de promoción y prevención de los principales problemas de salud con participación activa de Gobiernos Locales, y la red comunitaria de brigadistas, colaboradores voluntarios y paretas</i>			15.039			171.875		24.063		128.906		24.063										363.945	4,14%	109.184	145.578	109.184
	<i>Capacitar a los Gobiernos Locales en la implementación de la Ley de Municipalidades en lo concerniente a salud</i>		34.020	1.701									3.402										39.123	0,44%	11.737	15.649	11.737
	<i>Implementar la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria y desarrollar alianzas con los medios de difusión</i>		51.638		270.000													45.000					366.638	4,17%	109.991	146.655	109.991
	<i>Implementar el Sistema de Información Comunitario (SICO)</i>		12.420	150.000			15.525				55.200												233.766	2,66%	70.130	93.506	70.130
	<i>Implementar estrategias de promoción de la salud y de estilos de vida saludables en adolescentes, incluyendo educación en salud reproductiva, prevención del suicidio y adicciones</i>		549.000										27.450										576.450	6,55%	172.935	230.580	172.935
	<i>Desarrollar iniciativas locales dirigidas hacia la prevención y atención de la violencia intrafamiliar en coordinación con las redes comunitarias</i>		825.188										41.259										866.447	9,85%	259.934	346.579	259.934
	<i>Implementar la estrategia de Escuelas Amigas de la Salud</i>		320.000				3.544				1.418		177										325.138	3,69%	97.542	130.055	97.542
	<i>Apoyar iniciativas comunitarias de apertura y mejoramiento de casas maternas</i>		14.175				42.000				16.800				2.100		40.000	6.000		50.000			171.075	1,94%	51.323	68.430	51.323
	<i>Implementar la estrategia de Atención Primaria Ambiental</i>		23.625				31.500				12.600												67.725	0,77%	20.318	27.090	20.318
	Total x Renglón y subrenglón																					0					
		245.500	1.914.078	196.122	294.125	18.070	887.118	10.125	56.248	25.313	1.092.662	750.000	379.891	355.000	50.000	915.000	6.000	225.000	875.000	400.000	30.000	75.000	8.800.250		1.824.428	4.726.362	2.249.460
	% x Renglon y subrenglon y Total General del Proyecto	2,79	21,75	2,23	3,34	0,21	10,08	0,12	0,64	0,29	12,42	8,52	4,32	4,03	0,57	10,40	0,07	2,56	9,94	4,55	0,34	0,85	8.800.250		Ano 01	Ano 02	Ano 03

"Hacia un Enfoque Sectorial en Salud"

Principales renglones presupuestarios del Ministerio de Salud utilizados en la formulación del presupuesto del Proyecto.

Grupo	Renglón	Descripción
02 Servicios no Personales	Retribución por Estudios y Asesoramiento Técnico (243)	Servicios por estudios y asesoramiento técnicos tales como: servicios legales, médicos, veterinarios, de ingeniería y arquitectura, agronomía, económicos y contables, estadísticos, etc. prestados en forma contractual
	Cursos de capacitación (244)	Retribución por servicios contratados con terceros para brindar capacitación de diversas especialidades a los agentes del sector público. No incluye el pago de becas de estudio que se clasifican en los renglones 514 y 515
	Imprenta, publicaciones y reproducciones (252)	Servicios de impresión, copia, encuadernación prestados por terceros. Publicaciones de carácter informativo o divulgación de tipo cultural, científicos y técnicos. Se excluye la impresión de formularios, libros y demás impresos destinados al uso de las oficinas que se imputan al renglón 344 Productos de artes graficas.
	Alimentos para personas (311)	Gastos en conceptos de alimentos o provisiones destinados a la subsistencia de personal civil y militar, particulares y colectividades, tales como: Hospitales, internado de estudiantes, detenidos en prisiones, etc. Los egresos de este renglón podrán calcularse en base al costo de las raciones alimenticias presupuestadas, sin necesidad de identificar específicamente los productos o artículos que componen dichas raciones
02 Materiales y suministros	Papel de escritorio y cartón (341)	Comprende productos elaborados de papel o carbón (con o sin impresiones), tales como: platos y utensilios, vasos, servilletas, toallas, manteles, pañuelos, bolsas, papel de tapizar, cajas y otros envases, sobres, papel secante, papel higiénico, estenciles, pajillas de papel, serpentina, confetis, cintas, rollos, tarjetas especiales, etc. Para ser usados en cajas registradoras, maquinas de contabilidad o sumadoras, relojes marcadores y similares, teletipos, etc. Carpetas, cartapacios de escritorios y otros artículos de papel o de cartón, fólderes, papel tracing albaname.
	Llantas y neumáticos (353)	Comprende llantas y neumáticos para toda clase de vehículos
	Combustibles y lubricante (362)	Comprende productos químicos utilizados como combustibles y lubricantes, tales como: acetileno, gas propano, gas butano, etc. Y productos derivados del petróleo como gasolina, kerosén, diesel y grasas y aceites lubricantes
	Productos medicinales y farmacéuticos (365)	Comprende preparados farmacéuticos para uso medico, odontológico y veterinario; preparados genéricos y de marcas registradas, ampollas, cápsulas, tabletas y ungüentos, productos botánicos pulverizados o molidos o preparados de otra forma; apositos quirúrgicos, vendajes para fracturas y productos para sutura. Substancias químicas utilizadas en la preparación de productos farmacéuticos; preparados para la higiene bucal y dental.
	Utiles de oficina (391)	Comprende materiales y suministros para uso en oficinas, ingeniería y dibujo, tales como: lápices, bolígrafos, engrapadoras, numeradoras, perforadoras, sacapuntas, crayones, cintas para maquinas de escribir, para impresoras de computadoras y para maquinas de calcular, sellos y almohadillas para sellos, broches, alfileres, disquetes, fasteners, tajadores, carpetas, pegamentos, etc
	Repuestos y accesorios (393)	Comprende repuestos (piezas que reemplazan a otras ya desgastadas por su uso) y accesorios (piezas que se agregan al equipo o maquinaria sin aumentar su valor), para maquinas de oficina en general, equipos de tracción, transporte
	Otros materiales y suministros (399)	Comprende materiales y suministros no incluidos en ninguno de los renglones del "grupo 3"
	Construcciones en bienes de dominio publico (422)	Gastos aplicados a la ejecución de obras del dominio publico tales como: calles, caminos y carreteras, plazas, puentes, canales y cualquier otra obra publica construida para utilidad o

Grupo	Reglón	Descripción
		comodidad común.
	Equipo de oficina y muebles (432)	Comprende mobiliario de distinta índole para oficinas y equipamiento, tales como: escritorios, ficheros, bibliotecas, mesas, sillas, sillones, maquinas de escribir, de calcular, de contabilidad, de reproducción de copias, etc. Y equipamiento diseñados especialmente para ingeniería, dibujo, arquitectura, topografía, etc, tales como: telémetros, teodolitos, niveles, tableros de dibujo, etc.
	Equipo de comunicación y señalamiento (434)	Comprende plantas trasmisoras, receptoras de radio, equipo de televisión, aparatos telegráficos, teletipos, torres de transmisión, equipos utilizados en aeronavegación y marítimo, centrales y aparatos telefónicos y demás equipos de comunicación. Equipos de señalización de rutas, calles, boyas, balizas, etc.
	Equipo medico y de salud (435)	Comprende equipos médicos, veterinarios, odontológicos, sanitarios y de investigación, tales como: mesas de operación, bombas de cobalto, aparatos de rayos x, tomógrafos, instrumenta medico quirúrgico, microscopios, autoclaves, refrigeradoras especiales, esterilizadoras, balanzas de precisión, etc.
	Maquinaria y equipo de transporte, tracción y elevación (436)	Comprende equipos de transporte por via terrestre, fluvial, marítima, lacustre y aérea. Incluye asimismo equipos de tracción y elevación como: tractores, auto guías, montacargas, moto niveladoras, elevadores, ascensores, trailers, etc. Se excluye toda clase de vehiculos construidos con fines militares, que se clasifican en el "reglón 441"
	Equipo para computación (437)	Comprende Unidades centrales y personales de procesamiento informatico, pantallas, impresoras, unidades de cinta, unidades de disco, etc.
05 Transferencias corrientes	Becas y estudios de perfeccionamiento en el país	Comprende las subvenciones o ayudas a estudiantes de nivel preescolar, primaria, media y superior en centros educacionales del país. Así mismo se consideran las subvenciones o ayudas a profesionales y técnicos en centros docentes y experimentales del país.

Sustentabilidad organizativa y financiera

La organización principal que ha sido identificada para dar continuidad a los resultados esperados y al propósito del Proyecto es el Ministerio de Salud.

Desde el punto de vista financiero no es posible asegurar que el Gobierno de la Republica asuma el presupuesto del Proyecto después de su conclusión.

La previsión que puede hacerse es que al concluir el Proyecto el Enfoque Sectorial en Salud será una realidad parcial o total y que el desarrollo de los SILAIS continuara siendo una prioridad para el sector salud, y que en consecuencia, el Gobierno de Suecia y otros Gobiernos interesados en este enfoque destinaran sus recursos directamente a través de la institución, eventualmente cubriendo esta brecha financiera y manteniendo en su agenda el desarrollo de los SILAIS como un elemento de alto interés.

Por otra parte, tomando en consideración que el Proyecto esta pensado para ejecutarse a través del Ministerio de Salud, sin estructuras paralelas, desarrollando sobre la marcha múltiples capacidades institucionales e institucionalizando muchos de los productos generados, es posible afirmar que al concluir el Proyecto existirán grados diversos de sustentabilidad organizativa, que a su vez representan un valor agregado para el desarrollo institucional del Ministerio de Salud.

Plan de Ejecución

Actividades	Año 2005				Año 2006				Año 2007			
	Trimestres											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del Proyecto a los SILAIS e instancias nacionales beneficiarias												
Capacitación de campo a los beneficiarios acerca de la programación y rendiciones de cuentas técnicas y financieras												
Identificación de líneas de base (Iniciales y finales)												
Preparación de Planes Operativos Anuales												
Visitas de campo para seguimiento, evaluación y asistencia												
Reuniones del Comité Técnico												
Reuniones del Comité Técnico Ampliado												
Reuniones Cuatripartitas												
Intercambios de experiencias con otros donantes y proyectos												
Elaboración de Informe de Avance												
Elaboración de Informe Anual y final												
Evaluación de la Unidad de Apoyo												
Monitoreo / Evaluación externa												
Auditoría financiera												
Preparar y publicar la memoria del Proyecto												

Bibliografía consultada

ASDI. Valoración de la propuesta de apoyo del Gobierno de Suecia al Sector Salud en Nicaragua y Evaluación de PROSILAIS III (2000 – 2003) / Informe Final. Nicaragua, mimeo, 2003, p: 21

El Desarrollo Humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.-1ra Ed.-Managua: PNUD, 2002, p: 206

Chamorro.C.F. Unos Suecos que nunca “se hicieron los suecos” / Una mirada a dos décadas de cooperación sueca en Nicaragua. Nicaragua, Embajada de Suecia-ASDI, s.d., p: 11.

Gobierno Central/MINSA. Información solicitada por el Banco de Proyectos para la Fase de Ejecución. In: “Manual de Operaciones del Sistema Nacional de Inversiones Publicas. S.I; s,d; pp: 76 – 79

MINSA. Diagnóstico de la Cooperación Externa 2003. Nicaragua, Dirección general de Planificación, mimeo, 2003, p: 122

MINSA. Manual para la programación presupuestacion anual / Programa MODernizacion del Sector Salud, Componente Fortalecimiento Institucional / Dirección General de Planificación – Division General Administrativa Financiera, MINSA, 2003, p: 50

MINSA. Programa de Cooperación “Fortalecimiento al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Sectorial / Suecia-Nicaragua 2004 – 2009”. Nicaragua, MINSA-OPS/OMS-UNICEF, mimeo, 2003, p: 43

MINSA. Proyecto (PROSILAIS) III Fase / Julio 2000 – Junio 2003. Nicaragua, 2000, p: 57

OPS/OMS. Análisis de Situación de Salud de Nicaragua, 1997 – 2002 / Versión borrador 27 de Marzo 2003. Nicaragua, OPS/OMS, mimeo, 2003, p: 29

OPS/OMS. Formato Normalizado para el Diseño de Perfiles y Documentos de Proyectos de la OPS / OPS.DEC.94.043. Washington, D.C., Oficina de Relaciones Externas-OPS/OMS, 1994, p: 30

Propuesta de Plan Nacional de Desarrollo / Mañana es demasiado tarde. Nicaragua, Gobierno Bolaños, 2003, p: 445

Rathe.M., Lora.Dayana. Nicaragua: Salud y Equidad: Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud ENDESA 2001. Nicaragua, USAID, 2003,p: 101.

Anexo

SILAIS y Municipios de Abordaje Integral: Índice de Desarrollo Humano Municipal y población

Municipios de los SILAIS de Abordaje Integral: IDHM y población							Nro Total de Municipios
		Categorías de IDHM					
SILAIS Y MUNICIPIOS	IDHM	Poblacion	B	MB	MA	A	
RAAS	0.506	340873		*			
Corn Island	0.705	6708			1		
Bluefields	0.662	45008			1		
Laguna de Perlas	0.577	8936		1			
Muelle de los Bueyes	0.523	25486		1			
Nueva Guinea	0.502	103672		1			
Desembocadura de Rio Grande	0.495	3683	1				
Rama	0.482	53657	1				
Kukrahiil	0.461	8188	1				
Tortuguero	0.415	10265	1				
La Cruz de Rio Grande	0.41	14893	1				
Paiwas	0.38	48657	1				
El Ayote	0	11360	0				
			6	3	2	0	
RAAN	0.497	231879					
<i>Puerto Cabezas</i>	0.608	48577		1			
Bonanza	0.579	13930		1			
Rosita	0.533	16961		1			
Waspán	0.466	35762	1				
Waslala	0.443	41036	1				
Siuna	0.417	70197	1				
Prinzapolca	0.376	5416	1				
			4	3	0	0	
Matagalpa	0.579	450143					
Sebaco	0.673	28714			1		
						11	
						7	

Municipios de los SILAIS de Abordaje Integral: IDHM y población						
			Categorías de IDHM			
Matagalpa	0.669	130028			1	
San Isidro	0.644	15926		1		
Ciudad Dario	0.639	37155		1		
Terrabona	0.578	11716		1		
Esquipulas	0.566	16556		1		
San Ramon	0.551	24898		1		
San Dionisio	0.519	18893		1		
Muy Muy	0.508	15048		1		
Rio Blanco	0.498	94095	1			
Matiguas	0.47	40510	1			
El Tuma - La Dalia	0.456	56739	1			
Rancho Grande	0.421	19865	1			
			4	7	2	0
Jinotega	0.503	278504				
Jinotega	0.616	85793		1		
La Concordia	0.602	7377		1		
San Rafael del Norte	0.53	15695		1		
San Sebastian de Yali	0.53	21718		1		
Sta. Maria de Pantasma	0.435	35651	1			
Cua - Bocay	0.423	66157	1			
Wiwili de Jinotega	0.396	46113	1			
			3	4	0	0
Boaco						
Boaco	0.569	157973		1		
Santa Lucia	0.595	51040		1		
San Lorenzo	0.584	10665		1		
Camoapa	0.557	26410		1		
San Jose de los Remates	0.555	36229		1		
Teustepe	0.541	8526		1		
	0.538	23103	0	6	0	0
Subtotal			17	23	4	0
						44

Fte: Elaboración propia a partir de "El Desarrollo Humano en Nicaragua 2002. Las condiciones de la esperanza / Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.-1ra Ed.-Managua: PNUD, 2002, pp: 123- 139

1ra. Version