**República de Nicaragua**

**Ministerio de Salud**

**REGLAMENTO OPERATIVO COMÚN**

**Para las Operaciones y Programas en Salud**

**Con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo**

2527/BL-NI Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en municipios de Alta Vulnerabilidad Social.

GRT/HE-13118-NI Primera Operación de la Iniciativa Salud-Mesoamérica 2015 en Nicaragua.

1897/BL-NI Redes Integradas de Salud-1.

2789/BL-NI Redes Integradas de Salud-2

***Versión actualizada al 29 de Mayo de 2013.***

Índice de Contenidos

[Referencias v](#_Toc355946771)

[Siglas y abreviaturas viii](#_Toc355946772)

[CAPÍTULO I: ALCANCES DEL REGLAMENTO OPERATIVO 1](#_Toc355946773)

[Sección I-1: Propósito del reglamento operativo 1](#_Toc355946774)

[Sección I-2: Ámbito de aplicación del reglamento operativo 2](#_Toc355946775)

[Sección I-3: Documentos de los programas. 7](#_Toc355946776)

[Sección I-4: Definiciones. 8](#_Toc355946777)

[Sección I-5: Vigencia y procedimiento para realizar modificaciones al RO 9](#_Toc355946778)

[CAPÍTULO II: SÍNTESIS DE LOS PROGRAMAS 10](#_Toc355946779)

[Sección II. 1: Objetivos de los Programas 10](#_Toc355946780)

[Sección II. 2: Relación con las Políticas, Modelos y Prioridades Nacionales. 14](#_Toc355946781)

[Sección II-3: Resultados esperados y principales intervenciones. 18](#_Toc355946782)

[Sección II-4: Consideraciones específicas relativas a la elegibilidad de las intervenciones. 28](#_Toc355946783)

[CAPITULO III. ORGANIZACIÓN Y GERENCIA DE LOS PROGRAMAS PARA LA INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS. 39](#_Toc355946784)

[Sección III-1: ORGANIZACIÓN. 39](#_Toc355946785)

[Nivel estrategico y conducción técnica de los programas. 39](#_Toc355946786)

[Responsabilidades operativas. 43](#_Toc355946787)

[Sección III-2. GERENCIA Y SEGUIMIENTO. 44](#_Toc355946788)

[Instrumentos y procesos de planeación 44](#_Toc355946789)

[Monitoreo y seguimiento de los programas 46](#_Toc355946790)

[Análisis de riesgos: matriz de riesgos 48](#_Toc355946791)

[Estados Financieros Auditados (EFA). 49](#_Toc355946792)

[Informe de Terminación de las Operaciones (PCR por su sigla en Inglés). 49](#_Toc355946793)

[Contenidos de seguimiento y reporte específicos al Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria. 49](#_Toc355946794)

[Contenidos de seguimiento y reporte específicos la primera operación SM2015. 50](#_Toc355946795)

[Sección III-3. MECANISMOS ESPECÍFICOS DE IMPLEMENTACIÓN 51](#_Toc355946796)

[Mecanismos relativos al Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria. 51](#_Toc355946797)

[Mecanismos relativos a laprimera operación SM2015 52](#_Toc355946798)

[Sección III-4. Evaluación 52](#_Toc355946799)

[Evaluación de la Primera Operación de la Iniciativa Salud-Mesoamérica 2015 , Nicaragua. 54](#_Toc355946800)

[Evaluación de impacto. 55](#_Toc355946801)

[Evaluación del Programa de Redes Integradas de Salud II 55](#_Toc355946802)

[Apéndices y Anexos 59](#_Toc355946803)

[Apéndice 1: Matriz de Resultados de los Programas. 59](#_Toc355946804)

[Apéndice 2: Resumenes para gestión del aval del SNIP de los Programas. 59](#_Toc355946805)

[Apéndice 3: Arreglos de Monitoreo y Evaluación aprobados para los Programas 59](#_Toc355946806)

[Apéndice 4: Estrategia de Inclusión Social del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria 59](#_Toc355946807)

[Apéndice 5: Lista de Establecimientos de Salud que ofrecen COE en los Cuatro SILAIS protagonistas del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria, y de Referencia para la Atención Materna en Managua. 59](#_Toc355946808)

[Apéndice 5: Plan de Gestión Ambiental y Social para el Programa de Redes Integradas de Salud – 2. 59](#_Toc355946809)

[Anexo \_\_\_ Costeo del Conjunto de Servicios Materno Infantiles del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria. 59](#_Toc355946810)

[Anexo \_\_\_ Términos de Referencia de la Auditoría Técnica Externa del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria. 59](#_Toc355946811)

[Anexo \_\_\_ Manual de Indicadores para la Medición del Marco de Desempeño de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 en Nicaragua. 60](#_Toc355946812)

[Anexo \_\_\_ Protocolo para la revisión previa del MINSA a la publicación de estudios en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 60](#_Toc355946813)

[Anexo \_\_\_ Protocolo para la Microevaluación del Esquema de Vales de Subsidio de Transporte y Alojamiento en Casas Maternas para Protagonistas de Comunidades alejadas. 60](#_Toc355946814)

[Anexo \_\_ Manual de Implementación de los Vales de Subsidio de Transporte y Alojamiento en Casas Maternas para Protagonistas de Comunidades alejadas. 60](#_Toc355946815)

[Anexo \_\_ Ruta Crítica para la Implementación del Componente 1 de Redes Integradas de Salud. 60](#_Toc355946816)

[Anexo \_\_\_ Manual de Implementación del Piloto de Maternidad Segura en cuatro municipios rurales. 60](#_Toc355946817)

## Referencias[[1]](#footnote-1)

Plan Nacional de Desarrollo Humano – 2012-2016

Política Nacional de Salud, MINSA 2009

Ley General de Salud, 2003

Ley de Carrera Sanitaria, 2011

MASIRAAN

MASIRAAS

Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud. Nicaragua, Julio 2008. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Junio 2008

Plan Nacional de Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil, MINSA 2008

Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. Ministerio de Salud. Nicaragua, Julio 2008. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)

Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, Normativa N° 011, Ministerio de Salud. 2008.

Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Normativa 02. Ministerio de Salud. 2008.

Norma Técnica de Referencia y Contra-referencia, Normativa N° 068. Ministerio de Salud. 2011.

Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios. Abril 2009.

Manual de organización y estructura de Casas Maternas. Normativa N° 050. Ministerio de Salud. 2010.

Plan Estratégico del Sistema de Información de Salud (PESIS)

Norma 099-Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)

Norma 104 y 105 Plan Parto

Norma 042-2010: Humanización del Parto

Norma 101, Censo gerencial de embarazadas, puerperas y postnatales.

Política \_\_\_ de Inversión en Salud y \_\_\_-Plan Maestro de Inversiones en Salud

Norma 097 Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)

Encuesta Demográfica y de Salud 2006-2007

Índice de tablas

## Siglas y abreviaturas

|  |  |
| --- | --- |
| AIEPI |  Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia |
| AL | Aporte Local |
| ASSBC | Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar de la Comunidad |
| ASSB | Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar |
| AVAD | Años de Vida Ajustados por Discapacidad |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| CM | Casa Materna |
| COE | Cuidados Obstétricos de Emergencia  |
| CONE | Cuidados Obtétricos y Neonatales Esenciales |
| CSF | Centros de Salud Familiar |
| CTP | Comité Técnico del Programa |
| DGA | División General de Adquisiciones |
| DGAF | División General Administrativa Financiera |
| DGDI | Dirección General de Docencia e Investigación |
| DGECA | Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. |
| DGIM | Dirección General de Insumos Médicos |
| DGPD | División General de Planificación y Desarrollo |
| DGRFS | División General de Recursos Físicos para la Salud |
| DGRH | División General de Recursos Humanos |
| DGRS | Dirección General de Regulación Sanitaria |
| DGVS | Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública |
| DSH | Desechos Sólidos Hospitalarios |
| ECMAC | Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos |
| EMNV | Encuesta de Medición de Nivel de Vida |
| ENDESA | Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud |
| ESAFC | Equipo de Salud Familiar y Comunitaria |
| E/S | Establecimiento de Salud |
| FBR | Financiamiento Basado en Resultados |
| INIDE | Instituto Nacional de Información de Desarrollo |
| LPN | Licitación Pública Nacional |
| LPI | Licitación Pública Internacional |
| MAIS | Modelo de Atención Integral a la Salud |
| MARENA | Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales |
| MCNE | Manejo Comunitario del Neonato Enfermo |
| MHCP | Ministerio de Hacienda y Crédito Público |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MM | Mortalidad Materna |
| MO | Manual Operativo |
| MOSAFC | Modelo de Salud Familiar y Comunitario |
| PEP | Plan de Ejecución del Programa |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PMIS | Plan Maestro de Inversiones en Salud |
| PMR | Reporte de Monitoreo del Progreso y Desempeño |
| PNDH | Plan Nacional de Desarrollo Humano |
| POA | Plan Operativo Anual  |
| PPS | Plan Plurianual de Salud |
| PROCOSAN | Programa Comunitario de Salud y Nutrición |
| RAAN | Región Autónoma Atlántico Norte |
| RAAS | Región Autónoma Atlántico Sur |
| RIS | Redes Integradas de Salud |
| RO | Reglamento Operativo |
| SEARCH | Modelo basado en la aplicación de actividades para el cuidado del recién nacido basado en el hogar y en la comunidad por trabajadores de salud comunitarios |
| SIAFI | Sistema Integrado Administrativo Financiero |
| SIGFAPRO | Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y de Auditoría de Proyecto |
| SILAIS | Sistemas Locales de Atención Integral en Salud |
| ISM2015 | Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 |
| SNIP  | Sistema Nacional de Inversión Pública |
| TD | Tramo de Desempeño |
| TI | Tramo de Inversión |
| UNAN | Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua |
| URACCAN | Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense |
| U/S | Unidades de Salud |

# CAPÍTULO I: ALCANCES DEL REGLAMENTO OPERATIVO

### Sección I-1: Propósito del reglamento operativo

1. El Gobierno de Nicaragua ha suscrito con el Banco Americano de Desarrollo una serie de contratos y convenios para proveer financiamiento y asistencia técnica al Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) en el marco de programas bajo las políticas y prioridades de dicho Ministerio. Esos contratos y convenios estipulan el compromiso de acordar entre el MINSA y el Banco normas y procedimientos específicos para la implementación de los Programas[[2]](#footnote-2). El presente Reglamento Operativo (RO) es común para las operaciones siguientes: (i). Programa de Desarrollo de Redes de Salud-I, conocido como Redes Integradas de Salud o “RIS” (contrato de préstamo 1897/BL-NI), (ii). Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en Municipios de Alta Vulnerabilidad Social (Contrato de Préstamo 2527/BL-NI; (iii) Redes Integradas de Salud (2), (contrato de préstamo 2789/BL-NI) y (iv) Primera operación bajo la Iniciativa Salud-Mesoamérica **20**-15, (convenio de donación de inversión GRT/HE-13118-NI y GRT/HE-11319-NI, y convenio marco NI-G1001). Esas operaciones en adelante se designarán como “los Programas”. Los programas están financiados con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el caso de los programas bajo contratos de préstamo y, en el caso de la iniciativa Salud-Mesoamérica **20**-15, con recursos del Reino de España, la Fundación Carlos Slim para la Salud y la Fundación Bill y Melinda Gates, recursos que son administrados por el Banco.
2. La tabla 1 a continuación describe de forma resumida los objetivos y componentes de los Programas. El Capítulo II presenta esa información con más detalle, ver en especial Sección II. 3. “Objetivos de los Programas y Principales Intervenciones”.

|  |
| --- |
| **Tabla 1 – Objetivos y componentes de los Programas** |
| **Redes Integradas de Salud -1 – 1897/BL-NI USD20 millones. Aprob. 2007** |
| Mejorar el estado de salud de la población, especialmente [en beneficio] de la población en extrema pobreza.Impulsar la integración y expansión de la provisión de servicios de salud a través de la mejora de la capacidad técnica del MINSA y de los SILAIS, la implementación de redes integradas de salud y la modernización de la infraestructura de salud. |
| COMPONENTE 1 | Promover el fortalecimiento institucional del Sistema Público de Salud a Nivel Central y de SILAIS.  |
| COMPONENTE 2 | Desarrollar la implementación de Redes Integradas de Salud, en 3 SILAIS priorizados: Jinotega, Matagalpa y la RAAN. (\*ahora 4 SILAIS) |
| COMPONENTE 3 | Diseñar e iniciar la implementación de un plan maestro de inversiones en infraestructura y equipamiento en salud. |
| Asistencia técnica, gastos operativos y otros costos. |
| **Mejoramiento de la salud familiar y Comunitaria en Municipios de alta vulnerabilidad social****2527/BL-NI – 20 millones – Aprob. (Abr.) 2011.** |
| Mejorar el estado de salud de esas poblaciones y reducir la desigualdad, contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en cuanto a reducir la mortalidad infantil y materna.Incrementar el uso de un conjunto de atenciones de salud materno-infantiles de buena calidad, bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), en las poblaciones más vulnerables. |
| COMPONENTE 1 | Extender la cobertura de servicios de salud materna infantiles en 22 municipios de los SILAIS de Jinotega, Matagalpa y la RAAN (este compomente es contraparte de la operación Salud Mesoamérica).  |
| COMPONENTE 2 | Fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud materna infantil en las zonas de intervención del Programa. – (=disminuir las brechas de suministro y equipamiento básico, ese componente es contraparte de la operación Salud Mesoamérica) |
| COMPONENTE 3 | Proveer asistencia técnica para la gestión del programa. Gastos operativos y otros costos |
| **Primera Operación de la Iniciativa Salud-Mesoamérica 2015 en Nicaragua. GRT/HE-13118-NI. USD3,6 millones. Aprob. (Dic.) 2011** |
| Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil.Desarrollar una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez en las áreas geográficas más pobres del país. |
| COMPONENTE 1 | Mejorar la utilización de los servicios de salud institucionales dirigidos a la mujer y a la niñez a través de estrategias y mecanismos de incentivos a la demanda. |
| COMPONENTE 2 | *Ese componente es completamente cubierto por el préstamo 2527/BL-NI**(Disminuir las brechas en suministros y equipamiento básico necesarias para la atención)* |
| COMPONENTE 3 | Aportar tecnologías de apoyo a la mejora del acceso y calidad de los servicios básicos de salud. Promover la articulación en la red de los servicios institucionales y de los mecanismos comunitarios |
|  | Proveer asistencia técnica y financiera para asegurar apoyar la implementación, gestión, monitoreo, evaluación y auditoría de la implementación. |
| **Redes Integradas de Salud – 2. 2789/BL-NI. USD56,2 Millones. Aprob (Oct) 2012** |
| Mejorar el estado de salud y bienestar de la población, contribuyendo a hacer efectivo el derecho a la salud.Bajo el enfoque de redes integradas de servicios, profundizar la implementación de las estrategias clínicas y de gestión desarrolladas en la etapa 1 del Programa RIS y apoyar en los mismos territorios la inversión en la capacidad resolutiva de las instalaciones públicas en los SILAIS priorizados. |
| COMPONENTE 1 | Implementar estrategias clínicas y de gestión apoyando la inversión en la capacidad resolutiva bajo el enfoque de red integrada de servicios.profundizando la implementación de estrategias clínicas y de gestión, |
| COMPONENTE 2 | Mejorar la capacidad resolutiva de las unidades de salud bajo el enfoque de red integrada de servicios, en siete SILAIS priorizados. |
| COMPONENTE 3 | Proveer asistencia técnica y financiera para asegurar apoyar la implementación, gestión, monitoreo, evaluación y auditoría de la implementación. |

1. Teniendo en cuenta que la ejecución de los Programas está incorporada dentro de la estructura organizativa y la gestión regular del MINSA, el RO tiene como objetivo orientar una gestión oportuna, eficaz y eficiente, siendo una guía para los funcionarios del MINSA que tendrán bajo su responsabilidad la ejecución de los mismos. El RO establece los principales mecanismos de coordinación entre los diferentes actores participantes, de gestión operativa, técnica, incluida la gestión ambiental y de salvaguardas sociales, administrativa y financiera de los Programas, buscando en la medida posible aprovechar mecanismos y procedimientos institucionales cuando ésos faciliten dar cumplimiento a los compromisos contractuales.

### Sección I-2: Ámbito de aplicación del reglamento operativo

1. Las estipulaciones del presente RO son de obligatorio cumplimiento en la ejecución de los Programas que se detallan a continuación y tanto el MINSA como el Banco vigilarán por su aplicación.
2. Los aspectos comunes para los Programas se abordan al inicio de cada sección y cuando existan aspectos diferentes entre los programas o específicos para alguno de ellos, éstos se detallarán seguidamente al texto general.
3. Teniendo en cuenta que la responsabilidad por la implementación de los programas compromete a diversas áreas del MINSA, en la tabla 2 se relacionan las instancias a las cuales está dirigido el Reglamento Operativo de acuerdo a cada programa.

| **Tabla 2. Relación de instancias a las que está dirigido el Reglamento Operativo.** |
| --- |
| **Instancias** | **1897/BL-NI****RIS - 1.** | **2527/BL-NI Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en municipios de Alta Vulnerabilidad.** | **GRT/HE-13118-NI.****Primera Operación SM 20-15 para Nicaragua** | **2789/BL-NI****RIS – 2.** |
| Comité Técnico de los Programas (CTP) | **Instancia de recomendación** (Direcciones generales, incluidos los SILAIS, especialmente en las sesiones de Comité Técnico Ampliado) y **decisión** (Dirección Superior) |
| División de Cooperación Externa | **Coordinación General**, Secretaría Ejecutiva del Comité, Seguimiento de la ejecución de los proyectos, Comunicación con el Banco. |
| Dirección General Extensión y Calidad de la Atención | **Ejecutor principal**, transversal, apoya y coordina la ejecución de los programas en los SILAIS protagonistas. |
| SILAIS y municipios protagonistas: Matagalpa, Jinotega, Las Minas, Bilwí, *Chinandega, Nueva Segovia, Río San Juan, Chontales y la RAAS* (en cursivas, SILAIS que implementan solamente RIS-2) | **Ejecutores Principales** |
| Dirección General de Regulación de la Salud | Componente 1 |  |  | Componente 1 |
| División General de Recursos Físicos para la Salud | Ejecutor principal del Componente 3 | Componente 2 |  | Ejecutor principal del Componente 2 |
| División General de Insumos Médicos | Componente 1 | Apoyo a Componente 1 | Apoyo a Componente 1 | Apoyo a Componente 1 |
| Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública | Componente 1 (vigilancia) y Componente 3 (gestión ambiental) |  |  | Componente 1 (vigilancia) y Componente 2 (gestión ambiental) |
| División General de Planificación y Desarrollo | Incorporación en planificación institucional, tanto de políticas de salud como de inversiones, Evaluación, Gestión del desempeño técnico institucional, Información y registros. (papel transversal) |
| Componente 1 (ej. Acuerdos sociales) | Componente 1 (Registro), componente 3 (Evaluación) | Componente 1 y 3. | Componentes 1 (gestión de redes), 2 (PMIS) y 3 (Información, evaluación) |
| Dirección General de Docencia e Investigación | Componente 1 | Componente 2 (Planes de capacitación) | Componente 1 | Componente 1 |
| División General de Recursos Humanos | Componente 1 | Componente 2 |  | Componente 1 |
| División General de Adquisiciones | Apoyo transversal a la coordinación, incorporación del PAC en PAC institucional, implementación del PAC, vela por aplicación de los procedimientos de adquisiciones. |
| División General Administrativa Financiera | Apoyo transversal a la coordinación, incorporación en ciclo presupuestario institucional, registro, controles internos, contraparte de la auditoría financiera; |
| Componente 1MetodologíasContabilidad analítica |  |  |  |
| Equipo de Proyecto BID, por medio del Jefe de Equipo y Analista de Operaciones | Asesoría y Supervisión del Cumplimiento con los términos de los Contratos o Convenio de Financiamiento |

En la sección II se establece la priorización de los territorios protagonistas de los programas.

### Sección I-3: Documentos de los programas.

| **Tabla 3: Documentos que aplican a los Programas** |
| --- |
| 1897/BL-NI. RIS Fase 1. |  2527/BL-NI. Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en municipios de Alta Vulnerabilidad. | GRT/HE-13118-NI. Salud Mesoamérica 20-15, Nicaragua Primera Operación. | 2789/BL-NI RIS 2 |
| Contrato de préstamo 1897/BL-NIPropuesta de Préstamo (NI-L1014) con sus anexos; PEP, POA y PAC vigentes de la operación. | Contrato de préstamo 2527/BL-NI;Propuesta de Préstamo (NI-L1054) y sus anexos; PEP, POA y PAC vigentes de la operación. | Convenio Marco NI-G1001.Convenio individual de financiamiento no reembolsable del Fondo Mesoamericano de Salud GRT/HE-31118-NI y 31119-NI.POA y PAC vigentes de la operación. | Contrato de préstamo 2789/BL-NI;Propuesta de Préstamo (NI-L1068) con sus anexos;PEP, POA y PAC vigentes de la operación. |
| Documentos Comunes |
| El presente reglamento operativo y sus anexos;Políticas de adquisiciones del BID;Normas y procedimientos administrativos y financieros del MINSA aplicables en forma específica, adicionalmente a las disposiciones de este RO; |

1. El MINSA cuenta con manuales específicos o según sea el caso los deberá elaborar, actualizar o consolidar, para su aplicación común en el manejo operativo, administrativo y financiero de los Programas. Los manuales relevantes para la implementación de los Programas formarán parte anexa del RO (ver lista de anexos); sin embargo aquellos procedimientos que no estén especificados o detallados en el RO o sus anexos, se regirán por lo estipulado en los contratos de préstamo 1897/BL-NI, 2527/BL-NI, 2789/BL-NI y convenios de donación (GTR/HE-13118 y -13119) y marco de cooperación (NI-G1001) así como en las guías financieras y de adquisiciones del Banco primero, en lo establecido en este RO, segundo, y en forma supletoria, en manuales institucionales. De igual manera, en caso de discrepancias entre los documentos señalados anteriormente, prevalece lo establecido en los Contratos de Préstamo o Convenio de donación o cooperación técnica, las Propuestas de Préstamo / Plan de Operaciones aprobados por el Directorio del Banco u órganos por delegación de éste y el Reglamento Operativo y otras disposiciones adoptadas de común acuerdo, en este orden de prelación. Las otras normas y disposiciones del programa serán aprobadas de común acuerdo entre el MINSA y el Banco.

### Sección I-4: Definiciones.

1. Cuando en el presente RO se utilicen los términos mencionados a continuación, los mismos tendrán el siguiente significado:

|  |  |
| --- | --- |
| Financiamiento | Los recursos en las operaciones de préstamo que el Banco acuerda poner a disposición de la República para la realización de los respectivos Programas. |
| Donación de cooperación técnica o de inversión | Los fondos para acciones de asistencia técnica, o, en caso de “Donación de Inversión” para inversiones, que aporta el Banco con carácter no reembolsable.  |
| Ejecutor | La institución designada en los contratos y convenios para ser responsable de la implementación de los programas en todos los aspectos: técnicos y fiduciarios. En el caso de las operaciones bajo este RO, esa institución es el Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA. |
| Prestatario | La institución comprometida por los convenios y contratos ante el Banco, en este caso, la República de Nicaragua, representada en el momento de la suscripción por el funcionario público designado por la Presidencia de la República – en este caso, el Ministro de Hacienda y Crédito Público. |
| Programa | Conjunto de actividades para el logro de determinado objetivo comprometido en el respectivo contrato o convenio. |

### Sección I-5: Vigencia y procedimiento para realizar modificaciones al RO

1. El presente RO deberá ser propuesto por el equipo técnico del MINSA y presentado como borrador al CTP para obtener su autorización de solicitar la No Objeción del Banco, remitiendo el documento en WORD con control de cambios sobre la última versión acordada. Contando con ésa no objeción, el RO deberá ser aprobado formalmente por el CTP o las modificaciones planteadas por el Banco revisadas por esa instancia. Es importante que una vez concluido el proceso, mediante la aprobación por el CTP, el coordinador general del Programa (véase tabla 1, Relación de instancias a las que está dirigido el RO) remita al Banco la evidencia de su aprobación, junto con la versión vigente del RO en versión PDF. Una vez aprobado por el CTP, el RO entrará en vigencia y el coordinador general del Programa deberá gestionar su publicación en la página WEB del MINSA [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni) así como difundirlo a las áreas del MINSA señaladas en la tabla 1 en forma física y electrónica, bajo memorando que informe sobre su aprobación por la Dirección Superior. Asimismo, el MINSA, con apoyo del BID, si así lo solicitase el MINSA, organizará e impartirá capacitaciones periódicas sobre los alcances del RO para asegurar su correcta aplicación entre los diferentes actores de los Programas.
2. El CTP revisará propuestas de modificación al RO por parte de las áreas participantes en el CTP, incluido el Coordinador General (la DCE) para adaptar el RO a nuevas condiciones o circunstancias que pudieran presentarse durante la ejecución de los Programas, y siempre y cuando las modificaciones no estén en contradicción con las disposiciones de los Contratos de Préstamo o Convenios correspondientes, ni las políticas, planes y programas del Gobierno de Nicaragua, o las Politicas del Banco. Con la aprobación del CTP, la DCE enviará el documento modificado al BID para su no objeción. Contando con ésa, se procederá a la aprobación formal del CTP de la nueva versión y a publicar y difundir la misma, tal como indicado en el párrafo 8. Cada versión deberá indicar la fecha de aprobación correspondiente en el encabezado de cada página del documento, para asegurar la consistencia del documento.

# CAPÍTULO II: SÍNTESIS DE LOS PROGRAMAS

### Sección II. 1: Objetivos de los Programas

1. La tabla 1 en el primer capítulo recoge los objetivos de los programas. En anexo están graficados para ilustrar la complementariedad entre los programas, que buscan constituirse como componentes de un programa. Las distintas operaciones se han formulado en coordinación con el Minisierio de Salud para conformar gradualmente un programa bajo la lógica definida por las Prioridades Nacionales, Políticas Nacionales y Modelos Institucionales. Por esa razón los objetivos y componentes de las diferentes operaciones presentan complementariedad.

### Sección II. 2: Relación con las Políticas, Modelos y Prioridades Nacionales.

1. Los Programas responden a las prioridades nacionales enunciadas en el Plan Nacional de Desarrollo Humano, y en la Política Nacional de Salud. Además, el MINSA ha implementado el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) que provee el marco normativo y operativo para las acciones de los Programas. Entre los principios del Modelo se incluye un enfoque intercultural enriquecido mediante la incorporación científica de prácticas de medicina tradicional con la finalidad de eliminar barreras culturales y ampliar el acceso a los servicios públicos de comunidades étnicas y grupos indígenas[[3]](#footnote-3).
2. Sin perjuicio de la universalidad de los principios y políticas nacionales, el primer planteamiento de las mismas es la reducción de la desigualdad, lo cual hace imperioso enfocar los esfuerzos en aquellas áreas geográficas, grupos etareos o étnicos e intervenciones que tengan el mayor efecto esperado en la reducción de la desigualdad. Por ello, los programas contemplan para las intervenciones e inversiones una **Priorización para identificar y captar a sus protagonistas,** cuyos criterios principales y resultados están resumidos en la tabla 3 y detallados en el Apéndice 2.

|  |
| --- |
| **Tabla 4. Criterios de priorización de los componentes de extensión de cobertura e inversión.** |
| Componentes de Extensión de Cobertura |
| Indicador | Fuente | Año |
| Porcentaje de embarazadas con cuarto control prenatal | Registro de atenciones ambulatorias del primer nivel de atención | 2009 |
| Oficinas de Estadísticas del MINSA  |
| Porcentaje de nacidos vivos en establecimientos de salud (Es el Indicador más aproximado del parto institucional, ahora impulsado por el MINSA como parto asistido). | Registro de nacimientos del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, según residencia habitual de la madre  | 2009 |
| Oficinas de Estadísticas del MINSA |
| Promedio de primeras consultas por cada habitante | Registro de atenciones ambulatorias del primer nivel de atención.  | 2009 |
| Oficinas de Estadísticas del MINSA |
| Incidencia de pobreza extrema | Encuesta de Medición del Nivel de Vida 2005 | 2005 |
| Instituto Nacional de Información de Desarrollo |

| **Tabla 5: SILAIS y Municipios Priorizados en los Programas** |
| --- |
| SILAIS | Municipio[[4]](#footnote-4) | 1897/BL-NI. | 2527/BL-NI. | GRT/HE-13118-NI. | 2789/BL-NI |
| Atlántico Norte (Bilwi) | Bocana de Paiwas |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Bilwi) | Waspán |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Bilwi) | Puerto Cabezas |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Bilwi) | Prinzapolka |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Las Minas) | Rosita |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Las Minas) | Siuna |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Las Minas) | Bonanza |  |  |  |  |
| Atlántico Norte (Las Minas) | Mulukukú |  |  |  |  |
| Jinotega | La Concordia |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | San Rafael Norte |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | Jinotega |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | San José Bocay |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | Wiwilí |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | El Cuá |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | Sta. Ma. Pantasma |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Jinotega | San Sebastián de Yalí |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Sébaco |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Waslala\* |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Bocana de Paiwas\*\*\* |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Rancho Grande |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Tuma-La Dalia |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Matiguás |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | San Dionisio |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | San Ramón |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Terrabona |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | San Isidro |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Ciudad Darío |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Esquipulas |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Muy Muy |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Río Blanco |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Matagalpa | Matagalpa |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| RAAS |  |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| RAAS | El Tortuguero |  |  |  | (maternidad segura) |
| RAAS | La Cruz de Río Grande |  |  |  | (maternidad segura) |
| Chontales | El Ayote\*\* |  |  |  | (maternidad segura) |
| Chontales | Nueva Guinea\*\* |  |  |  | (maternidad segura) |
| Nueva Segovia |  |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Rio San Juan |  |  |  |  | (Redes y PMIS) |
| Chinandega |  |  |  |  | (Redes y PMIS) |

### Sección II-3: Resultados esperados y principales intervenciones.

1. Cada operación cuenta con un marco de resultados acordado al momento del diseño y en el cual la lógica de las intervenciones financiadas está relacionada con productos esperados, en el sentido amplio de la palabra, mismos que al final de la operación correspondiente deben haber producido cambios, los “resultados esperados”, y en el mediano y largo plazo contribuir a los impactos esperados. Las matrices a continuación presentan un resumen de los marcos de resultado de cada operación así como, bajo cada producto, una indicación de las intervenciones contempladas para ser financiadas. El Apéndice 1 refleja las matrices de resultados vigentes para cada operación. Los programas aparecen en orden de las fechas en que fueron acordados.

|  |
| --- |
| **Tabla 6: Principales Intervenciones de los Programas** |
| Programa de Desarrollo e implementación de las Redes Integrales de Salud. (RIS 1) |
| Impacto Esperado (fin, Cobertura de servicios de salud de adecuada calidad mejorada en los SILAIS priorizados) | i) Incremento de la captación precoz de embarazadas para su primer control prenatal en los SILAIS beneficiados;  |
| ii) Mejora del nivel de satisfacción de los usuarios en los SILAIS beneficiados |
| iii) Disminución de cesáreas sin justificación clínica en los hospitales de los SILAIS beneficiados. |
| Resultados Esperados *(Objetivos)* | Calidad de la atención en salud mejorada en los SILAIS beneficiados: i) Incremento de expedientes que cumplen con el llenado de la HCPB, ii) Incremento de los controles puerperales a las mujeres atendidas por parto institucional e iii) incremento de las visitas domiciliares a las familias priorizadas por medio de la dispensarización. |
| Capacidades de atención de salud y gerenciales en los SILAIS priorizados mejoradas: i) Expedientes clínicos auditados en los SILAIS beneficiados que cumplen en su llenado de acuerdo con la norma CIE-10 de clasificación de enfermedades y ii) sedes de SILAIS, hospitales y red municipal del MINSA en los SILAIS beneficiados que cumplen con la norma de realizar consejos técnicos mensuales. |
| Inversión pública en salud mejor priorizada: i) proyectos del PIP ejecutados que fueron priorizados en el PMI de salud y ii) fuentes de financiamiento que adoptan el PMI como guía de inversión. |
| Componentes (*objetivos específicos)* | Producto esperado al final del Programa | Intervenciones (gastos elegibles) |
| Componente 1 Sistema público de salud nivel central y SILAIS fortalecido institucionalmente. |
| Producto 1 | Políticas de atención y Normas clínicas para la integración de redes de servicios bajo el MOSAFC aprobadas. | Capacitaciones, revisiones metodológicas, reproducción de materiales técnicos, protocolos, etc. |
| Producto 2 | Metodología de gestión y asignación de recursos aprobados. |
| Producto 3 | Aplicativos de apoyo al Sistema de gestión de insumos médicos y no médicos en el primer y segundo nivel de atención funcionando. |
| Componente 2 Desarrollo e implementación de las redes integradas de salud (RIS) |
| Producto 4 | SILAIS y sus redes de servicio organizados bajo el modelo de redes integradas del MOSAFC. | Asistencia técnica, validaciones en terreno, compra de equipamiento médico y de comunicación, capacitaciones. |
| Componente 3 Plan Maestro e inversiones en salud ejecutados. |
| Producto 5 | Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) aprobado | Asistencia técnica. |
| Producto 6 | Proyectos del PMIS ejecutados. | Financiamiento de obras. |

|  |
| --- |
| **Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en Municipios de Alta Vulnerabilidad** |
| Impacto Esperado - *fin*.(Mejorar el estado de salud infantil y reducir la desigualdad) | INDICADORES DE IMPACTO: 1. Mortalidad materna trianual en municipios
2. Tasa de nacimientos en adolescentes en municipios priorizados
3. Mortalidad neonatal en municipios priorizados.
 |
| Resultados Esperados - *objetivo*:(Aumentar uso y calidad) | **Cobertura captación de MEF con planificación familiar**: incremento del % de MEF captadas con planificación familiar. |
| **Cobertura de nacimientos vivos en C/S c/cama o de mayor resolución**: incremento de tasa de nacimientos vivos en C/S c/cama o establecimientos de mayor resolución. |
| **Cobertura de menores de un año con tercera dosis de pentavalente**: incremento de cobertura de niños menores de un ano con tercera dosis de pentavalente. |
| **% de parturientas c/vigilancia del trabajo de parto**: incremento de % de parturientas que se le vigilo el trabajo de parto. |
| **Tasa de hospitalización por diarrea en menores de cinco años**: disminución de la tasa de hospitalización por diarrea en menores de cinco años. |
| **Cobertura de embarazadas que utilizan una CAM**: incremento de % de mujeres que utilizan las casas maternas. |
| Componentes | Producto esperado al final del Programa | Intervenciones  |
| **1. Extensión de cobertura de servicios materno infantiles en 22 municipios de los SILAIS RAAN, Matagalpa y Jinotega** |
| En el PMR los productos de este componente fueron consolidados en dos: “Nacidos Vivos atendidos en los antiguos…”, aproximando la meta de MEF atendidas; y “Niños/as de 1 a 5 años con segunda visita de VPCD”, aproximando una meta de NN atendidos. |
| Producto 1 | # MEF en los 22 municipios captadas para PF | Todas las atenciones de salud materna e infantil, incluida la planificación familiar, desde la promoción hasta la atención en el segundo nivel.Este componente se ejecuta bajo la modalidad de financiamiento capitado por persona atendida, los gastos elegibles son todos los relacionados con la producción de los servicios elegibles en los territorios elegibles (red de los 22 municipios, y hospitales de referencia), sean esos gastos ejecutados de forma descentralizada o central.  |
| Producto 2 | Primeros controles prenatales precoces. |
| Producto 3 | Nacidos vivos atendidos en los antiguos CS c/cama y/o establecimientos de salud de mayor resolución |
| Producto 4 | Mujeres con atención de puerperio mediato |
| Producto 5 | Niños/as menores de un año con tercera dosis de pentavalente. |
| Producto 6 | Niños/as de 1 a 5 años con segunda visita de VPCD en el año biológico. |
| **2 Fortalecimiento de la capacidad resolutiva materno infantil en los 22 municipios.** |
| Producto 7 | Planes bianuales de mejora de la capacidad resolutiva, basados en el análisis de brechas, presentados por las redes municipales y aprobados por el nivel central.  | Gastos operativos de supervisión y asistencia técnica, compra de equipamiento médico básico, mantenimiento preventivo y correctivo. |
| Producto 8 | Personal de salud de los 3 SILAIS capacitados en la atención del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones. | Capacitaciones, asistencia técnica, producción y reproducción de materiales y documentos, gastos operativos de supervisión. |
| Producto 9 | Personal de salud capacitado en la mejora del registro de la atención de embarazo, parto y puerperio. |
| Producto 10 | Cartillas de promoción y consejería para la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacidos adaptadas para las comunidades indígenas.  |
| **3. Gestión, supervisión y evaluación** |
| Producto 11 | Informes de certificación y revisión de calidad concluidos. | Gastos operativos, asistencia técnica, consultorías de apoyo (“personal de proyecto”), auditorías (técnica y financiera).El MINSA podrá transferirle a las Sedes de SILAIS recursos por hasta 2% de los recursos transferidos a los Municipios bajo el concepto de extensión e cobertura para apoyar al SILAIS en concepto de supervisión de la atención. |
| Producto 12 | Evaluación externa final. |

|  |
| --- |
| **Primera Operación de la Iniciativa Salud-Mesoamérica 20-15, Nicaragua** |
| Impactos Esperado | i) Mortalidad materna trianual en municipios ii) Mortalidad neonatal iii) Mortalidad infantil en menores de 1 añoiv) Mortalidad en menores de 5 añosv) Prevalencia de anemia en niños de 0-59 mesesvi) Prevalencia de anemia en niños de 6-23 mesesvii) Prevalencia de desnutrición crónica 6-59 mesesviii) Tasa global de fecundidadix) Tasa fecundidad en adolescentes |
| Resultados Esperados(Indicadores de desempeño) | Establecimiento de normas y lineamientos de la plataforma comunitaria de nutrición a nivel nacional basada en evidencia |
| Unidades de salud municipales (Centros de Salud Familiar) que suscriben Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar con los comités de salud comunitaria y realizan informes de seguimiento del mismo de acuerdo a los lineamientos de supervisión y monitoreo contenidos en el Reglamento Operativo |
| Unidades de Salud (puestos, centros, hospitales primarios) que cumplen normativa de cadena de frío vigente en diciembre de 2011 para la gestión de vacunas |
| Unidades de Salud (puestos, centros, hospitales primarios) que cumplen normativa de cadena de frío vigente en diciembre de 2011 para la gestión de vacunas |
| Unidades de salud (puestos, centros, hospitales primarios) que cuentan con el equipamiento e insumos básicos establecidos en la norma de atención de niños menores de 5 años vigente en diciembre de 2011 |
| Parteras y brigadistas entrenados y certificados en ECMAC y con constancia de entrenamiento emitida por el MINSA de acuerdo con la programación y al momento de la medición |
| Unidades de salud (puestos, centros, hospitales primarios) con abastecimiento de métodos modernos de planificación familiar de acuerdo de la norma (inyectables, condón (o preservativo), orales, DIU, permanente, según la caso) |
| Centros de Salud y hospitales primarios autorizados por MINSA para ofrecer COE cuentan con los insumos necesarios para esos cuidados según la norma de los COE vigente en marzo de 2012 |
| Centros de Salud y hospitales primarios autorizados por MINSA para ofrecer COE cuentan con los insumos necesarios para esos cuidados según la norma de los COE vigente en marzo de 2012 |
| Mujeres que se albergan en las Casas Maternas, que tuvieron acceso a materiales educativos y a actividades de capacitación reportados al centro de salud de acuerdo a los lineamientos de supervisión y monitoreo contenidos en el Reglamento Operativo. |
| Centro de Salud Municipales que implementan el mecanismo para la entrega de certificados de subsidio de transporte y estancia para embarazadas, establecido en el Reglamento Operativo |
| **Componente 1: Extensión de Cobertura de Servicios de Salud, de mujeres en edad fértil y materno infantil.** |
|  | Meta de entrega al final del Programa | Intervenciones  |
| Producto 1 | Municipios implementan Acuerdos Sociales con comunidades | Transferencias a mujeres, a SILAIS y a Casas Maternas, gastos ligados a capacitaciones (matrículas, gastos de pasantía), asistencia técnica, producción y reproducción de materiales y documentos técnicos y de capacitación, transferencia (gasto operativo) al MINSA para insumos médicos y materiales de reposición periódica comprados a través de los procesos nacionales, gastos operativos de supervisión. |
| Producto 2 | Mujeres embarazadas reciben vales |
| Producto 3 | Parteras, embarazadas y acompañantes capacitados en las Casas Maternas |
| Producto 4 | Brigadistas y parteras capacitados en ECMAC en los 19 municipios. |
| Producto 5 | Aux. de Enfermería, Brigadistas y parteras capacitados en Manejo Comunitario del Neonato Enfermo en 3 municipios piloto (San José de Bocay, P. Cabezas y Bocana de Paiwas) |
| Componente 2: Desarrollo de Infraestructuras Básicas |
| *Producto 6* | *Planes bianuales de mejora de la capacidad resolutiva basados en el análisis de brechas presentados por las redes municipales y aprobados por el Nivel Central* | *Capacitaciones, asistencia técnica, producción y reproducción de materiales y documentos, gastos operativos de supervisión**Estas intervenciones son financiadas con contrapartida únicamente, del préstamo 2527/BL-NI.* |
| Componente 3: Mejora de Logística y de Sistemas de Información Locales |
| Producto 7 | Personal de Salud y Agentes comunitarios de 19 municipios implementan Modelo de Sistemas Móviles | Gastos operativos (pago de servicios de acceso a red de datos y de telefonía – SMS pre-programados), compra de tiempo-aire para pautación de mensajes de promoción de la salud, asistencia técnica, consultorías de apoyo, compra de equipamiento de informática y comunicación. |
| Producto 8 | Plan de Difusión de Pautas Radiales implementado  |

|  |
| --- |
| **Programa de Redes Integradas de Salud Etapa II – (RIS-2)** |
| Impacto Esperado - *fin*.  | Tasa de nacimientos en adolescentes\* en los SILAIS priorizados Tasa de hospitalización por diarrea en menores\* de cinco años en los SILAIS priorizados (por 1.000 menores de cinco años y medida según residencia habitual del niño egresadoTasa de egresos hospitalarios en pacientes\* hipertensos en los SILAIS priorizadosTasa de egresos hospitalarios en pacientes\* diabéticos en los SILAIS priorizados |
| Resultados Esperados - *objetivo*: Aumentar capacidad de respuesta de la red | Cobertura captación de MEF con planif. Familiar: incremento del % de MEF captadas con planificación familiar.Cobertura nacimientos vivos en C/S c/cama o mayor resolución: incremento de tasa de nacimientos vivos en C/S c/cama o establecimientos de mayor resolución.Cobertura menores de un año c/ tercera dosis pentavalente: incremento de cobertura de niños menores de un ano con tercera dosis de pentavalente.% parturientas c/vigilancia del trabajo de parto: incremento de % de parturientas que se le vigilo el trabajo de parto. |
| Componentes | Producto esperado al final del Programa | Intervenciones  |
| Componente 1 Fortalecimiento de la Gestión de Redes Integradas, en SILAIS priorizados |
| Producto 1 | Implementación de tres estrategias de longitudinalidad de la atención en los sesenta y cinco municipios priorizados. (% de avance)e | Asistencia técnica, validaciones en terreno, compra de equipamiento médico y de comunicación, de transporte de pacientes, capacitaciones, gastos operativos. |
| Producto 2 | Implementación de normas de gestión de redes integradas en los sesenta y cinco priorizados (% de avance) |
| Producto 3 | Implementación de la Iniciativa de Salud Intercultural en cuarenta y dos municipios priorizados. |
| Producto 4 | Embarazadas captadas en el Programa de Maternidad Segura en los cuatro municipios rurales priorizados | Gastos operativos, asistencia técnica, transferencias en especie a protagonistas. |
| Producto 5 | Casas maternas incorporadas en la estrategia de sostenibilidad | Gastos operativos, asistencia técnica, capacitaciones. |
| Componente 2. Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva en Redes Priorizadas |
| Producto 6 | Proyectos del PMIS entregados en los SILAIS priorizados | Financiamiento de obras, equipamiento y asistencia técnica para estudios de diseño y para supervisión. |
| Componente 3. Gestión, supervisión y evaluación |
| Producto 7 | Evaluación del componente de maternidad segura concluida. | Gastos operativos, asistencia técnica (incluye evaluación), consultorías de apoyo (“personal de proyecto”), auditoría financiera. |
| Producto 8 | Informes de Evaluación externa (intermedia y final) disponibles. |

### Sección II-4: Consideraciones específicas relativas a la elegibilidad de las intervenciones.

1. Dentro de cada operación el MINSA y el Banco han acordado lineamientos específicos que enfocan las intervenciones, traen elementos para orientar hacia la calidad de la atención (entendida como el cumplimiento con estándares normados y basados en la evidencia, la oportunidad de la atención, su calidez y su pertinencia del punto de vista cultural y de género). Es por eso que en cada operación las intervenciones apoyadas pueden estar especificadas con criterios de elegibilidad particulares dentro de las políticas nacionales. En la sección III.4. “Mecanismos Específicos para la Implementación” quedan detalladas pautas para la correcta implementación de las intervenciones específicas. En el Anexo \_\_\_ constan los presupuestos detallados aprobados al momento de la negociación de los programas. Esos presupuestos establecen las categorías elegibles y debieron seguir la lógica de las matrices de resultados de los programas. Los presupuestos tienen un carácter indicativo en cuanto a la distribución de los recursos entre categorías – ver sección III. 2, “Gerencia y Seguimiento”, acápite sobre “instrumentos de planeación”.

#### Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en Municipios de Alta Vulnerabilidad Social

1. **Las atenciones financiadas en el marco del componente 1** de este programa responden a criterios para orientar hacia la calidad. El Componente financia la extensión de un conjunto de servicios de conocida efectividad para disminuir la mortalidad materna y neonatal: de promoción, prevención (incluyendo la PF), atención al embarazo, parto y puerperio, atención al recién nacido, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) y aplicación del esquema de vacunas para niños menores de 5 años. Con recursos del Préstamo de financia el 23.73% del costo total (estimado) del conjunto de prestaciones de salud. Ese porcentaje fue estimado como la proporción incremental de recursos requeridos para ampliar la cobertura al total de la población priorizada y cumplir con las normas de atención. El MINSA con fondos del tesoro y/u otras fuentes aportará el 76.27% restante requerido para la prestación de los servicios en esos territorios. El Anexo \_\_ presenta la hoja de cálculo de costeo de las atenciones así como el documento de apoyo para el uso de la misma. **El componente 1 de este Programa servirá de contrapartida al componente 1 de la Primera Operación de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 en Nicaragua.**
2. El MINSA para documentar los servicios prestados y protagonistas atendidos reportará al Banco según seis indicadores trazadores el número absoluto de personas atendidas, desglosado por municipio, para el período reportado. Los seis indicadores han sido seleccionados como trazadores ya que representan hitos claves en el ciclo de vida de la población materna infantil. Así, el financiamiento del Banco para cada indicador representa los costos incurridos de un período. La tabla a continuación detalla los criterios específicos de elegibilidad para cada indicador en el caso de las atenciones trazadoras.

|  |
| --- |
| **Tabla 7: Indicadores de las atenciones trazadoras del Conjunto de Servicios financiados, Componente 1, Mejoramiento…** |
| Ámbito geográfico elegible |  | Indicador | Criterios de elegibilidad |
| **22 municipios elegibles** | 1 | Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas con Planificación Familiar | Primera prescripción |
| 2 | Primeros controles prenatales precoces | Control realizado dentro de las primeras doce semanas del embarazo |
| 3 | Nacimientos vivos atendidos en los antiguos centros de salud con cama o establecimientos de salud de mayor resolución\*\* i.e., Hospitales Primarios, departamentales, regionales o con servicios de referencia nacional | Parto ocurrido en un Establecimiento de Salud que provee cuidados obstétricos de emergencia (COE). Puede ser parto asistido por partera, siempre que esté presente el personal de salud del E/S y que el parto ocurra en el E/S, por razones de oportunidad de los COE o de la referencia a E/S de mayor resolución en caso de complicación.**La lista de establecimientos de Salud en los cuatro SILAIS a los que pertenecen los 22 municipios, y de referencia nacional para la atención Materna y que ofrecen COE consta como el Apéndice \_\_\_ de este Reglamento Operativo.** |
| 4 | Mujeres con atención de puerperio mediato | Realizado dentro de diez días del nacimiento. |
| 5 | Niños/as menores de un año con tercera dosis de pentavalente | Edad del/la niño/a, tercera dosis. |
| 6 | Niños/as de 1 a 4 años con segunda visita de VPCD en el año biológico | Concentración: segunda visita anual. |
| La fuente de verificación de los criterios de elegibilidad es el registro primario de las atenciones según los formatos que están establecidos en las normativas vigentes (expediente clínico, tarjetas de programas de salud, Registro diario de consultas y atención en salud, Censo Gerencial de Embarazadas y Cuaderno de seguimiento de vacunas). |

1. Las acciones del componente 2 de este Programa tendrán la finalidad de reducir las limitaciones en la capacidad de resolución de la red, relacionadas al perfil de los recursos humanos disponibles y al equipamiento y material; limitaciones que no podrán estar subsanadas con el financiamiento contemplado en el componente 1 para la ampliación de la entrega de servicios y coberturas. Este componente apoyará la aplicación de un mecanismo estandarizado para identificar y reportar brechas de capacitación o equipamiento básico en los Establecimientos de Salud protagonistas, que impiden entregar los servicios de manera oportuna o ampliar su cobertura. El Anexo \_\_ es el instructivo elaborado por el MINSA para aplicar dicho mecanismo de identificación de brechas por los territorios. Por lo anterior, el componente contemplará acciones dirigidas a dotación de equipamiento básico y capacitación de personal asistencial para la atención materna e infantil, con énfasis en los equipamientos y personal dedicado para la atención de emergencias obstétricas y la atención del recién nacido en hospitales que son de referencia para las unidades de salud de los municipios protagonistas del proyecto (Departamentales, Regionales o Nacionales), a su vez el componente apoyará en fortalecer la capacidad local en planificación en salud y financiará la adquisición de equipos y tecnologías que brinden apoyo al manejo de complicaciones en las unidades de salud de las zonas de intervención. Los materiales se enfocarán en suministros para asegurar la capacitación (en temas de salud que contempla la pertinencia cultural y el enfoque de género y el registro) y entrenamiento de personal de salud en atención básica del embarazo y el parto, y el equipamiento en materiales e insumos básicos para fortalecer la atención de los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE). En función de la disponibilidad de recursos y de estudios de factibilidad, se podrá contemplar el desarrollo de iniciativas piloto de Telemedicina para brindar apoyo a los profesionales de las unidades de salud más alejadas. A través de este componente se financiarán además, aquellas acciones dirigidas a mejorar el sistema de información. Los equipamientos, sea su compra, reparación, mantenimiento o repuesto, según norma del sistema nacional de inversión pública del Ministerio de Hacienda, tendrán un costo por equipo no mayor al equivalente de USD10,000,00, ya que ése es el umbral para que una inversión sea incorporada en el Programa de Inversiones Públicas.
2. Este componente será complementario con el componente 1 y 2 de RIS 2, a su vez será complementario con el componente 1 de la Operación Mesoamérica 2015 (Extensión de Servicios de Atención Materno Infantil) **y contrapartida del componente 2 de la misma Operación Mesoamérica 2015 (Desarrollo de Infraestructuras Básicas)**. El MINSA deberá presentar al Banco una propuesta de equipamiento que responda a criterios de integración de redes de servicios y de necesidades de salud. Se establecerán criterios de prioridad, en coordinación con los programas que brindan apoyo en las mismas áreas geográficas, ya que los recursos para este componente son reducidos y la acción es complementaria a la de otras operaciones (RIS en especial) e iniciativas.
3. Con recursos del Componente 3, se apoyará a las Sedes SILAIS para mejorar su capacidad de acompañamiento técnico, monitoreo integral a sus municipios y hospitales. Para ello se aplicará un 2% sobre la base de las transferencias trimestrales a ser efectuadas a sus municipios, y esos recursos podrán ser utilizado para cubrir gastos operativos y de asistencia técnica para la supervisión del SILAIS hacia sus municipios y hospitales.

#### Primera Operación de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015

1. El primer Componente de la operación, “Extensión de Cobertura de Servicios de Salud, de mujeres en edad fértil y materno infantil” busca mejorar el acceso y utilización de servicios básicos de salud dirigidos a la mujer y la niñez en las poblaciones más pobres y vulnerables del país. El acceso se facilitará mediante la entrega de un conjunto de servicios básicos de salud enmarcados en los programas de extensión de la cobertura de servicios de salud que desarrolla el Ministerio de Salud, de ahí que el financiamiento para la extensión de cobertura provendrá del Programa de Mejoramiento, componente 1, y será reconocido como contrapartida de la donación (tal como indicado en el párrafo 15 anterior). La mejora en la utilización de los servicios de salud se promoverá mediante estrategias de educación en salud y participación comunitaria, el fortalecimiento de las Casas Maternas y el desarrollo de mecanismos innovadores de incentivo a la demanda y a la red comunitaria: con recursos provenientes de la Iniciativa SM2015, se financiarán transporte de pacientes, estancia en CM, material y medicamentos básicos para botiquines comunitarios y capacitación para la red comunitaria. Los incentivos y mecanismos del aumento de la demanda de servicios serán complementarios con las iniciativas de mejora de la oferta de servicios de salud y en particular de Cuidados Obstétricos de Emergencia[[5]](#footnote-5) (COE) y red de casas maternas impulsadas en el marco del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria y el de Redes Integradas de Salud (1 y 2), y también complementarios con la forma en que esté organizada la comunidad para demandar atención de calidad y trato humano. El componente se implementará mediante las siguientes actividades principales:
2. **Acuerdos Sociales Comunitarios (ASSB-C)**. Esta acción contempla el desarrollo de mecanismos e instrumentos y la aplicación de incentivos que promuevan la participación y el empoderamiento de la comunidad en la promoción de la salud. Como instrumento se contempla la elaboración y ejecución de Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar de la Comunidad (ASSBC) que serán negociados y suscritos entre los equipos de salud familiar la Dirección Municipal de Salud y la comunidad. Los ASSBC replicarán la metodología y la experiencia que el MINSA ha desarrollado con los Acuerdos implementados entre los SILAIS y centros de salud para trasladar, de forma innovadora, un instrumento que haga explícito y transparentes los compromisos con y entre la comunidad y los servicios de salud a nivel municipal. Estos acuerdos incluirán una clausula relacionada con la diseminación del plan y de los resultados a nivel comunitario. Los ASSBC comprenderán acciones indicadores y metas para contribuir a la mejora de la salud de las comunidades.
3. **Fondos comunitarios semilla y de innovación.** Se ha estimado para la primera operación de la Iniciativa la selección de 10 comunidades pertenecientes a 3 municipios que reportan los indicadores más altos en términos de mortalidad materna e infantil (Tuma la Dalia, Puerto Cabezas y San José de Bocay) y que son municipios que inician la transición hacia el registro electrónico de embarazadas, para un piloto de financiamiento por resultados. En esas comunidades, el cumplimiento de metas será apoyado por una sola vez con un capital semilla. Las 10 comunidades de cada municipio serán seleccionadas priorizando aquellas que se encuentran a mayor distancia cuentan con concentraciones de población no menor de 400 habitantes y reportan mayor muerte materna e infantil. El capital semilla se establecerá en un monto fijo por comunidad equivalente en córdobas a, 500 Dólares[[6]](#footnote-6). Sólo si la comunidad cumple con un determinado nivel de sus metas establecidas en el ASSBC para las cuales dispuso del capital semilla (se definirán criterios, metas e indicadores de cumplimiento y aplicación de fondo de innovación), puede aplicar a un fondo de innovación para un monto máximo equivalente a (500 Dólares) por comunidad, presentando un proyecto al MINSA que traiga consigo beneficios para la comunidad y que tenga relación con la mejora de la salud de la comunidad. La formulación de este proyecto será apoyada por el educador, quien visitará cada comunidad para asesorarla en la mejor estructuración del proyecto de acuerdo a los intereses y necesidades de la comunidad. Los ASSBC no son jurídicamente vinculantes, razón por la cual el ejecutor no tendría un derecho contractual de exigir que a los recursos se les dé el uso previsto o de recuperar recursos correspondientes al fondo semilla si a los mismos se les da un uso inapropiado. No se hará una revisión de las adquisiciones de bienes y servicios con el fondo semilla y el de innovación. En anexo XXX se detalla la metodología de formulación,negociación y evaluación de los ASSBC, así como la lista de comunidades seleccionadas para este piloto.
4. **Vales de Transporte para el Control Prenatal y el Parto Institucional y de Alojamiento en CM.** En las comunidades situadas a más de cuatro horas (por los medios de transporte habituales de la población) de la cabecera municipal, se implementará un esquema de vales de subsidio para embarazadas para sufragar sus gastos de transporte para acudir a un control prenatal en el C/S[[7]](#footnote-7) y a la casa materna en anticipación de su parto. El esquema potencializa las estrategias del MINSA de captación, mediante el censo gerencial de embarazadas y la movilización de la red comunitaria, así como el desarrollo del Plan Parto[[8]](#footnote-8) como estrategia para la implementación de la norma de Humanización del Parto (Norma 042-2010). Los vales de subsidio de transporte serán suministrados por los ESAFC y los Centros de Salud dentro de la estrategia de Plan Parto. La planificación del suministro de los vales y la programación de los recursos que los respalden se realizará basado en la estimación de embarazadas en las comunidades de los municipios protagonistas y el análisis del Censo Gerencial de Embarazadas reportado por los municipios para las comunidades elegibles. El valor de los vales ha sido establecido para cada comunidad incorporada en la intervención y consta en el Apéndice \_\_\_ del Anexo \_\_\_[[9]](#footnote-9). Se reconoce el transporte para la embarazada y, para la atención del CPN, de \_\_\_ acompañante, y para la atención del parto de \_\_\_ acompañante, ya que se prevé en la práctica que la embarazada sea acompañada por \_\_\_\_ al momento de ingresar a la casa materna, y que ese acompañante regrese a la comunidad para volver a la cabecera municipal al momento del parto.
5. También se extenderá un vale de subsidio para apoyar a la casa materna que haya hospedado a la protagonista. Con los recursos que reciba la CM, producto de los vales de subsidios, financiará los gastos de materiales, insumos y alimentos para asegurar la estancia de la embarazada. También a través de los ESAFC se distribuirán en las comunidades a las embarazadas con Plan Parto los certificados de alojamiento en la CM. Una vez en la CM la embarazada entregará su vale a la administración de ésa para permitir que la CM aplique su reembolso en el Centro de Salud. El vale reconocerá a la CM contra cada vale un monto correspondiente a una estancia de 13 días correspondientes a 10 días previa a su parto y 3 días posteriores, lo cual es la estadía pautada para un parto normal. El monto del subsidio de alojamiento (total por mujer – equivalente a 13 días de estadía) ha sido establecido en el equivalente de USD84 para la CM de los SILAIS de Las Minas y Bilwí, y USD70 para las Casas Maternas de los SILAIS de Jinotega y Matagalpa.
6. Se levantó un inventario de comunidades que cumplan con el criterio de lejanía para cada uno de los 19 municipios de la operación, inventario que incluye las coordenadas georeferenciadas, el costo de transporte reportado por la población y la estimación por el equipo municipal del número de embarazadas esperadas en 2013. El Apéndice \_\_\_ registra la lista de Comunidades elegibles así inventariadas y especifica las comunidades en las que se inicia la implementación de este esquema a partir del segundo semestre de 2013. El Anexo \_\_\_ presenta el Manual de Implementación de esta intervención con pautas más detalladas para la misma y dicho manual cuenta a su vez con los siguientes apéndices y anexos: Apéndice \_\_ consta el listado de municipios y Casas Maternas; \_\_\_\_ Ruta de referencia a Casas Maternas y Unidad para la Atención del CPN y del Parto para las Comunidades elegibles; \_\_\_\_\_ Formatos e instructivos específicos para la implementación del esquema: captación, entrega, canje y rendición de cuentas, monitoreo y seguimiento.
7. **Capacitación en las CM.** Durante su estancia la mujer y eventual acompañante recibirán educación y consejería en materia de salud sexual y reproductiva, lactancia materna, nutrición, y en el cuidado del recién nacido en su primer año de vida. La educación y la consejería serán realizadas por personal de salud del MINSA encargados de casas maternas, parteras, acompañantes como parte de las actividades cotidianas durante la estadía en la casa materna. Las parteras que se destaquen en el acompañamiento de las mujeres a las casas maternas recibirán por parte de los centros de salud, orientación y capacitaciones para apoyar el trabajo de captación, consejería y acompañamiento de la embarazada. La operación promoverá la reorientación del papel tradicional de la partera orientándolo hacia un rol de promoción de la salud y fomento del uso de la CM y de los servicios institucionales para atención del parto. En Anexo XXX se incluyen los contenidos generales de orientación y capacitación a parteras. **Canastilla** para el cuido personal y del recién nacido. Las mujeres albergadas en las Casas maternas de los cuatro SILAIS recibirán una canastilla con productos y materiales de promoción de la salud y autocuido. El anexo 15 se detalla listado sugerido de la Canastilla. Tanto la capacitación como las canastillas estarán dirigidas a todas las embarazadas que haya hecho uso de la CM.
8. **Incentivo a parteras: Maleta Pedagógica.** Una de las medidas más efectivas del cambio de conducta es la consejería a través de pares o similares y mediante influencia en generadores de decisiones a nivel comunitario. La operación formará multiplicadores (parteras, promotores) que a su vez crearán redes de consejería mediante la metodología de “pares”. Se incidirá sobre la partera y su rol en la ruptura de las *barreras culturales de acceso a los servicios de salud.* La partera recibirá de los Centros de Salud un incentivo no monetario que estará representado por una Maleta Pedagógica. La Maleta Pedagógica comprenderá material educativo y productos de apoyo[[10]](#footnote-10) al trabajo educativo y promocional de la partera.. Los detalles del contenido de la Maleta Pedagógica se detalla en anexo 15.
9. **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).** Contempla el apoyo a los brigadistas y parteras, de las comunidades más alejadas de los 19 municipios. El inventario de comunidades mencionado arriba identificó \_\_ comunidades (o \_\_ enpromedio por municipio), tomando en cuenta el criterio de lejanía para esta intervención de más de 4 horas de desplazamiento en el medio habitual de transporte al centro de salud más cercano. Se fijó la meta de capacitar a un total de 950 voluntarios en las comunidades más alejadas. Los voluntarios serán coordinados a nivel municipal por los 19 educadores (uno por cada municipio, ver párrafo 46), que serán contratados por la operación para el desarrollo de la plataforma comunitaria. Los voluntarios y los educadores serán coordinados por el ESAFC y por cuatro supervisores (uno por cada SILAIS), quienes serán contratados con recursos de la operación y capacitados para esa labor. Los voluntarios se encargarán de apoyar la entrega de servicios de salud a la comunidad, inicialmente a través de la aplicación del ECMAC y otras actividades que se agreguen en un futuro a esta plataforma comunitaria. En anexo 16 se incluye la guía y contenidos generales del ECMAC.
10. Para el funcionamiento del ECMAC se hará la capacitación y movilización de los voluntarios, facilitadores, supervisores y personal de salud, y para apoyar su labor se entregará un maletín de ECMAC y materiales de apoyo como incentivos al trabajo comunitario. El maletín de ECMAC comprenderá materiales para la promoción y el suministro de anticonceptivos a nivel comunitario, según los conocimientos, habilidades y aptitudes del voluntariado. La programación de las capacitaciones y actividades de movilización en cada municipio será realizada por las Direcciones Municipales de Salud, presentadas y aprobadas en un plan de capacitación, mismo que será responsabilidad de la Dirección General de Docencia e Investigación.
11. **Manejo Comunitario del Neonato Enfermo**. Se desarrollará un proyecto piloto de Manejo Comunitario del Neonato Enfermo (MCNE) basado en la aplicación del modelo AIEPI/SEARCH[[11]](#footnote-11), que incluye la utilización de equipo básico y fármacos normados, incluyendo antibióticos, cumpliendo con la normativa nacional. El modelo AIEPI-SEARCH ha mostrado éxito en la reducción de la mortalidad infantil en contextos similares al de Nicaragua. Para la implementación de esta estrategia se contempla la adecuación técnica y socio-cultural de los contenidos del SEARCH con el AIEPI Comunitario con el objeto de conseguir su adaptación al contexto del país y de los municipios donde será aplicado. Para lo anterior se contratará asistencia técnica que permita su adecuación y adaptación. Adicionalmente, en especial considerando el uso de antibióticos, se contemplará el desarrollo de experiencias pilotos que permitan mostrar la aplicabilidad y posible extensión de la experiencia. Se seleccionaron comunidades (20 comunidades por municipio) de tres municipios (Bocay, Bocana de Paiwas y Puerto Cabezas) que reportan por departamento la mayor tasa de muerte infantil entre los 19 municipios seleccionados para el Programa.
12. Para implementar el proyecto piloto, el MINSA a través de las Universidades Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) y una universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, capacitará a los Equipos de Salud Familiar del MINSA (3 supervisores de la plataforma comunitaria y 60 auxiliares de enfermería) así como a los brigadistas y parteras de las comunidades seleccionadas (60 personas), que recibirán un entrenamiento basado en el modelo SEARCH. La contratación eventual de las universidades mencionadas se hará mediante una solicitud de cotización para el desarrollo de los contenidos específicos establecidos por el MINSA. Si bien el Convenio de Donación permite entablar una negociación directa con esas universidades, el MINSA podrá extender a otras instituciones docentes reconocidas por el CNU y el MINSA, esa solicitud de cotización con el fin de que el MINSA pueda negociar el o los contratos finales considerando las mejores condiciones de costo bajo estándares mínimos de calificación del personal propuesto. Los auxiliares de enfermería recibirán un Kit que comprenderá los materiales definidos para el AIEPI/SEARCH, incluido el material educativo, equipamiento básico y medicamentos normados para la atención, incluyendo antibióticos. Los brigadistas y las parteras recibirán un Kit comunitario para el desarrollo de la actividad educativa y comunitaria relacionada con el modelo AIEPI/SEARCH en coordinación con la actividad de las auxiliares de enfermería.
13. El segundo componente de esta operación prevé la “Mejora de la logística y de sistemas de información locales” y contempla las siguientes intervenciones.
14. **Fortalecimiento del sistema de información.** Esta intervención busca el fortalecimiento del sistema de información de la dispensarización a nivel del centro, puesto y red comunitaria con herramientas de tecnología básicas y a través de entrenamiento para mejorar la capacidad de gestión a nivel local. Se contempla la dotación de equipos basados en mensajería de texto, de radios u otros medios de comunicación, tomando como referencia colaboradores, brigadistas y parteras y personal de las Casas Maternas y unidades de salud de referencia, con la idea de crear un sistema comunitario de comunicación e información, todo ello mediante aporte del Gobierno Nacional y las contribuciones de otras fuentes con acciones complementarias en los mismos territorios. Los medios de comunicación permitirán a la comunidad actualizar la información así como contar con herramientas efectivas para informar a las unidades de salud en caso de emergencias. Para implementar el sistema de comunicación comunitario el MINSA actualizará periódicamente un diagnóstico de capacidades locales y los recursos y medios existentes, y en función de ello se elaborará una propuesta de intervención en comunidades y municipios seleccionados a manera de experiencia piloto que podrá ser ampliada en siguientes etapas de la Iniciativa Mesoamericana en Nicaragua. Con fondos de la operación se contratará asistencia para el desarrollo del sistema móvil de comunicación.
15. **Promoción, difusión y capacitación para los servicios.** Se contempla la financiación de espacios radiales a nivel local u otros medios de comunicación local masivos, para brindar consejería y fomento de autocuidado en salud con énfasis en cuidados del embarazo, el post-parto y los cuidados del recién nacido y consejería específica para adolescentes. A su vez para promover el uso de las Casas Maternas y los servicios de salud de la localidad. Con fondos de la operación se contratará asistencia técnica para definir la estrategia de comunicación, desarrollar y/o seleccionar/adaptar contenidos y elaborar un plan de ejecución a nivel de comunidades y municipios seleccionados.

#### Redes Integradas de Salud Etapa II

1. **Componente 1: Fortalecimiento de la Gestión de Redes Integradas, en SILAIS priorizados** Este componente busca mejorar la capacidad de respuesta de la red del MINSA a las necesidades de salud de la población, por medio de la integración de sus niveles en términos clínicos y de gestión. El componente entregará cuatro macro-productos, consistentes en la implementación en los siete SILAIS priorizados de: i) tres estrategias de gestión clínica para asegurar la longitudinalidad de la atención (la dispensarización, la referencia y contrareferencia y el expediente clínico); ii) las herramientas de gestión de redes integradas; iii) la iniciativa de salud inter-cultural; y iv) un programa de maternidad segura. Se financiará en este componente la asistencia técnica y dotación de equipamiento informático, de comunicación y para el traslado de pacientes, así como los gastos logísticos y materiales necesarios para la validación de normas y la capacitación del personal y red comunitaria, y estímulos en especie para las usuarias de servicios perinatales institucionales.
2. La gestión de redes integradas comprende la aplicación de las herramientas desarrolladas en la etapa 1 del Programa RIS, mientras la iniciativa de Salud Intercultural incluirá acciones de sensibilización del personal de salud a la cosmovisión y cultura de los pueblos indígena y afrodescendientes y la integración de la medicina tradicional en los protocolos de atención. Finalmente, el programa de maternidad segura incluirá un esquema temporal de estímulos en especie a las embarazadas captadas en los cuatro municipios de mayor incidencia de mortalidad materna, durante un solo embarazo, para promover su uso y valoración de los servicios perinatales institucionales. También se financiará el desarrollo, implementación y evaluación de una estrategia de sostenibilidad de las Casas Maternas que incluirá la preparación de material técnico y de divulgación sobre costo-efectividad de esa estrategia y la búsqueda de alianzas con los gobiernos locales, el sector privado y el sector cooperativo para el amadrinamiento de las Casas Maternas. La sección III-3. “MECANISMOS ESPECÍFICOS DE IMPLEMENTACIÓN”, presenta el mecanismo para identificar una ruta crítica y para el desembolso de los recursos del componente, y los hitos de dicha ruta crítica están recogidos en el Apéndice 7 de este RO.
3. **Componente 2, Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva en Redes Priorizadas** Financiará setenta y nueve proyectos del Plan Maestro de Inversión en Salud, según la priorización efectuada en el momento del diseño del Programa. Siempre que se utilice el Plan Maestro de Inversiones y las pautas para priorizar la inversión que ése establece, así como la priorización de territorios acordada para el Programa, la priorización específica de proyectos podrá ser modificada por el MINSA con la no objeción del Banco. Esos proyectos permitirán completar las redes de servicio de los siete SILAIS priorizados. La priorización actual consta de la rehabilitación de un hospital regional y dos departamentales, proyectos en cuarenta y cinco unidades de primer nivel y veinte de la red comunitaria (Casas Maternas y viviendas para el personal en municipios alejados) de apoyo a la integración de la red como la bodega regional de insumos médicos de la región Central, crítica para mejorar la oportunidad del abastecimiento y la respuesta en caso de desastre en esa Región o que afecte el almacén central de Managua. En la priorización actual, el 52% de los recursos de infraestructura están destinados a rehabilitación vs. 48% a construcciones nuevas pero parte de ésas vienen a sustituir unidades vetustas. Así la extensión neta de la red y requerimiento de personal adicional son limitados, pero la capacidad resolutiva mejorará al reactivar o introducir servicios actualmente sub-operados debido su mal estado. Las unidades beneficiadas serán dotadas del equipamiento para operar de conformidad con su nivel en la respectiva red. Para ello también el ámbito priorizado en este componente es el mismo del componente 1 de este programa. Al momento de la entrega de las obras las unidades beneficiadas deberán contar con el personal necesario para proveer los servicios correspondientes a su perfil, lo cual está previsto lograrse principalmente con la redistribución de personal en aplicación de la nueva Política de Carrera Sanitaria. El apéndice 9, POA inicial del programa, indica la lista de obras priorizadas por el MINSA para su financiamiento.
4. El MINSA deberá dar seguimiento a las salvaguardias ambientales y sociales que la inversión en infraestructura impone cuidar, en especial para la ejecución de este componente, pero no exclusivamente. Para ello, la Sección \_\_\_ establece los temas principales para la gestión de salvaguardias ambientales y sociales, y los mecanismos específicos de implementación de RIS-2, acápite de la Sección III-4, Mecanismos específicos de implementación, entra en mayor detalle de los procedimientos a establecer y cumplir.
5. **Componente 3. Administración, supervisión y evaluación.** Financiará el costo de la administración, que incluirá complementar el equipo de apoyo para el seguimiento técnico del programa desde las estructuras de línea del MINSA en especial los SILAIS beneficiados (Ver Sección III-1), la asistencia técnica y costos operativos para los arreglos de monitoreo y evaluación. Lo último incluye la contratación de consultores independientes que efectúen: i) la evaluación cuasi experimental del programa de maternidad segura, con el fin de documentar con rigor si se logró fomentar la demanda de servicios de planificación familiar y atención perinatal institucional en los municipios priorizados; y ii) una evaluación de medio término y final. (ver Apéndice 3, Arreglos de Monitoreo y Evaluación de los Programas).

#

# CAPITULO III. ORGANIZACIÓN Y GERENCIA DE LOS PROGRAMAS PARA LA INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS.

## Sección III-1: ORGANIZACIÓN.

1. La implementación de los programas requiere de la acción integrada de un equipo del MINSA desde distintas áreas y cuyas responsabilidades articulan los aspectos sustantivos con los operativos y procedimentales. Por tanto, cuando se señala en este Reglamento la responsabilidad de un área específica del Ministerio, ello no exime a las demás áreas de conocer del proceso descrito, ni de contribuir al mismo desde sus respectivos mandatos y con la información, experticia o capacidad que tengan para hacerlo, manteniendo en todo momento el principio de colaboración e integración de un solo equipo técnico del MINSA.

### Nivel estratégico y conducción técnica de los programas.

1. La ejecución de los programas se realizará aprovechando la experiencia previa y antecedentes, en especial RIS-1. Se concibe un esquema institucionalizado donde el MINSA cuenta con el **Consejo Técnico (CT)** para el quehacer del Ministerio y que ocasionalmente aborda temáticas de los Programas. El CT actuará como la instancia máxima de Coordinación Estratégica y Programática y la instancia de recomendación para la decisión de la máxima autoridad del Ministerio de Salud; una Coordinación General del Programa que estará a cargo de la Dirección de Cooperación Externa, con el apoyo de un/a Asesor Técnico/a o un equipo de coordinadores y el/la asesor/a técnico/a – equipo que será responsable de los aspectos de coordinación y control de calidad, facilitando la articulación e integración de las Direcciones y Divisiones Generales del MINSA. Para ello, en su quehacer, en especial el/la asesor/a técnico/a deberá acordar actividades de trabajo con las áreas sustantivas del Ministerio y no solamente con la DCE a quién reportará.
2. Las Direcciones y Divisiones del MINSA son las instancias responsables de la ejecución técnica y financiera de los programas. Los SILAIS y las unidades prestadoras de servicios son responsables de la ejecución de los componentes y recibirán asistencia técnica prevista en los Programas. Contarán con el apoyo de la DGPD, DGAF y la DGIM y de la DGRFS, así como de la DGA para la ejecución de los procesos de adquisiciones y de gestión financiera. Cada área del nivel central del MINSA identificará un responsable técnico específico y suplente (personas específicas, sin posibilidad de delegar) según cada estrategia o línea de intervención de los POAs (ej.: Casas Maternas, Manejo Comunitario del Neonato Enfermo-MCNE-, ECMAC, etc.), y constará como anexo a este Reglamento Operativo el directorio de responsables, lista con nombre, cargo, dirección electrónica y extensión telefónica y/o celular, para facilitar las comunicaciones internas y la integración como equipo de trabajo. En la siguiente tabla se relacionan las instancias, los actores y funciones principales en el nivel estratégico y técnico de los programas.

| **Tabla 8: Organización de las instancias y actores involucrados en la implementación de los Programas** |
| --- |
| Instancia | Actores | Funciones principales de cara a los Programas |
| Consejo Técnico de los Programas(CT) | Convocado por la Dirección Superior.Integrado por los Directores Generales de Planificación y Desarrollo, Extensión y Calidad de la Atención, Administración y Finanzas, Docencia e Investigaciones, Insumos Médicos, Adquisiciones, Recursos Humanos y Recursos Físicos para la Salud y Regulación Sanitaria; el Director (a) de Cooperación Externa es miembro del CTP y lo coordina; en sus reuniones ampliadas, cuenta con la participación de los Directores de los SILAIS protagonistas.Participa el personal técnico-operativo por asignación de las Direcciones correspondientes, incluidos/a el asesor/a técnico/a y los coordinadores de los programas (ver párrafo 44). | \* El Consejo es un órgano institucional cuya agenda no se limita a los Programas, sino que es transversal para el Ministerio.Representa al Ministerio de Salud en la formulación, planificación y ejecución de las intervenciones de los Programas.Participa de la toma de decisiones operativas de los Programas y recomienda a la Máxima Autoridad del Ministerio de Salud la toma de decisiones estratégicas de los programas.Mantiene un diálogo permanente entre los miembros del consejo técnico respecto de los Programas.Revisa y aprueba los planes, informes y principales instrumentos relacionados con los Programas.Frecuencia de reunión: variable, no menos que semestral. Los funcionarios autorizados por la máxima autoridad a representar al MINSA ante el Banco para la ejecución de los Programas serán los que documentarán y comunicarán las decisiones del Consejo ante el Banco. |
| Coordinación General de los Programas  | Asignada a la División de Cooperación Externa del MINSA, y conformada por su Directora y un equipo ejecutivo y técnico integrado por un mínimo de cinco (5) personas[[12]](#footnote-12): un/a asesor/a técnico/a, coordinadores de programas y un/a facilitador/a operativo/a. | Coordinar operativamente los Programas, procurando una articulación de estrategias y esfuerzos operativos. Mantener el POA actualizado, con el apoyo de las demás áreas, en especial la DGAF y la DGA. Coordinar el comité operativo definido abajo, convocar sus reuniones para asegurar el seguimiento a la ejecución mediante la actualización del POA, la actualización del plan de adquisiciones (responsable: DGA) y plan financiero (responsable: DGAF) de los programas. Organizar y llevar un registro y control de calidad de toda la documentación de ejecución de los Programas, incluyendo acuerdos y su seguimiento y la difusión de los mismos en la institución. Recopilar la documentación del avance en la ejecución de los programas, solicitando a cada área requiriente copia de los entregables en poder de cada una, o de la evidencia de que su entrega está en proceso). Solicitar a la DGA la incorporación y/o modificación de procesos de adquisiciones en el SEPA.Mantener informado al CTP, convocar reuniones y coordinar agendas y planes de actividades relacionadas con los principales compromisos de los Programas tanto con otras instituciones como con el Banco.Mantener una identificación actualizada de los niveles de responsabilidad en las diferentes Direcciones y Divisiones del MINSA por componentes y estrategias de intervención de cada Programa.Mantener un diálogo permanente con las autoridades y representación del Banco en cuanto a la ejecución y seguimiento de los Programas. |
| Comité Técnico de los Programas | Integrado por los funcionarios designados por las Direcciones o Divisiones Generales y DCE según indicado en el párrafo 56.Los/las Directores Generales pueden unirse al Comité en cualquier momento que estimen conveniente.  | Llevar a cabo el seguimiento semanal del avance en al implementación de los POA para garantizar y asegurar la ejecución de los Programas, ver párrafo 56.Elevar a la Dirección Superior recomendaciones para superar limitaciones en la ejecución.Mantener al día el reporte del avance en la implementación de los Programas. |

### Responsabilidades operativas.

1. La coordinación ejecutiva y operativa es responsabilidad del Coordinador General de los Programas, asignada a la DCE, instancia institucional que será apoyada por un/a asesor/a técnico/a, contratado con recursos de las operaciones o que podrá apoyar el Banco con recursos propios adicionales a esas operaciones; DCE designará entre sus recursos los coordinadores de las operaciones. El/la asesor/a Técnico/a tendrá las funciones de apoyar a los coordinadores (recursos de la DCE encargados de cada operación) en todas sus funciones, con recomendaciones técnicas, y de cara a la coherencia e integración de la cartera de operaciones. A su vez, los coordinadores designados por la DCE son responsables de liderar e integrar los procesos de planificación técnica-operativa, asegurar la oportunidad de la elaboración de los otros instrumentos operativos tal como indicado en los párrafos 51 hasta 5
2. La estructura institucional recibirá talleres de inducción y capacitación en el marco de los Programas. La DGPD será responsable de consolidar los aspectos de monitoreo y evaluación de los Programas en colaboración con la DCE y las áreas sustantivas responsables de las intervenciones. Las direcciones y divisiones serán apoyada por asistentes técnicos que según lo establece cada Programa serán contratados con fondos de éstos para apoyar la marcha, monitoreo y control de las intervenciones especificas del Programa, realizando recomendaciones técnicas y gerenciales para garantizar la buena marcha de las Operaciones. Se privilegiará a los niveles desconcentrados para la ubicación de estos recursos, pero no de forma exclusiva, dado que el nivel central del Ministerio lleva la responsabilidad tecnica y fiduciaria de los programas.
3. El responsable institucional de los Programas a nivel local será el/la directora/a del SILAIS, quien estará a cargo de la planificación y seguimiento de los Programas en el territorio, el/ella podrá delegar a un miembro del equipo de dirección para el seguimiento del Programa. Para garantizar el desarrollo de las Operaciones, el Ministerio de Salud contratará con recursos financieros de los programas al menos a un técnico en cada uno de los SILAIS, como Gestor del MOSAFC, así como a un supervisor de apoyo para el desarrollo de las intervenciones comunitarias y a un recursos administrativo y otro financiero, que estarán subordinados operativamente al/la Director/a del SILAIS. El/la gestor en el SILAIS deberá apoyarle a su Director/a de SILAIS en coordinar el trabajo del equipo completo. El Gestor y facilitador se relacionarán técnicamente con la DGECA y los recursos administrativo-financieros con la DGAF y DGA. A medida que nuevos SILAIS se incorporen en la implementación de los Programas, se reforzará su equipo de dirección como mínimo con el cargo del gestor del MOSAFC.
4. De manera similar en cada unidad de salud municipal objeto de las intervenciones, se designa al Director del Municipio como el responsable institucional de los Programas, y se contrató a un facilitador y un educador para impulsar especialmente las estrategias de la iniciativa Mesoamericana Salud 2015, así como también de las relacionadas con las otras operaciones financiadas por el BID y en las que el Ministerio de Salud lo considere necesario. Se contempla agregar un recurso adicional o equipos itinerantes de apoyo para los procesos admnistrativo-financieros en el municipio, especialmente de cara al carga que crea el esquema de financiamiento capitado de la atención y el esquema de subsidios de la operación Salud Meso y de maternidad segura de RIS-2. Todo el personal de campo en los municipios será contratado bajo la modalidad de “contratistas de servicios”[[13]](#footnote-13) y será cubierto por una póliza de seguro contra accidentes.
5. A nivel de la comunidad utilizarán los mecanismos existentes de participación ciudadana en salud, incluyendo las diferentes expresiones de organización comunitaria de la Costa Caribe. Su responsabilidad será la promoción de las buenas prácticas de la salud en la familia nicaragüense, consolidar redes comunitarias de salud, conformadas por personas de la propia comunidad. A la plataforma comunitaria se sumarán comités locales de salud compuestos por personas de la comunidad y cuya responsabilidad será el fomento de la salud de las personas y familias de su comunidad. Estos consejos serán los que asumirán la suscripción de acuerdos y metas para la mejora de la salud de la comunidad con las autoridades locales de salud.

## Sección III-2. GERENCIA Y SEGUIMIENTO.

### Instrumentos y procesos de planeación

1. Partiendo de la matriz de resultados de cada operación, con el objetivo de facilitar la consecución de las metas y resultados esperados mediante instrumentos que guíen la ejecución, se elaborarán dos instrumentos de planeación: para la planificación estratégica, el PEP, y para la planificación operativa: el POA.

#### El Plan de Ejecución del Programa (PEP),

1. Es el instrumento rector de cada programa, contiene la programación multianual de los productos esperados (con metas intermedias y finales en el período de ejecución) – agrupados en componentes del programa, así como los resultados a lograr al final del Programa, y los impactos de mediano y largo plazo. Es el instrumento que expresa la lógica vertical de los programas, también conocida como su teoría de cambio. Abarca el período completo del programa, baja únicamente a nivel de macro-producto (beneficio medible que el programa debe entregar). El presupuesto asignado por estimación general (no memoria de cálculo fina) queda reflejado y distribuido entre cada producto y con una línea final de otros costos (que puede o no ser desglosada) fuera de componentes. Ese PEP es la base de los reportes semestrales (o trimestrales, cuando los hay) y del informe del Banco PMR (ver abajo). Su soporte digital puede ser o bien en WORD, o EXCEL.

#### El Plan Operativo Anual (POA),

1. El documento principal que fija el acuerdo sobre las actividades a desarrollar y gastos en principio elegibles es el Plan Operativo (POA)[[14]](#footnote-14). Define y prioriza las actividades a desarrollar en cada período anual (o de hasta dieciocho meses), desglosadas bajo la estructura de componentes y productos idéntica al PEP. El POA desglosa las actividades requeridas en el período para avanzar en la consecución de los productos, establece fecha de inicio, duración (y fecha final), y secuencia de implementación de esas actividades, asigna un presupuesto estimado a cada actividad o tarea, identifica la categoría de inversión a la que se imputarán los costos generados por cada actividad o tarea. Los POA de los programas a su vez derivan del Plan Institucional a Corto Plazo Orientados a Resultados (PICOR), que formulan los territorios y el nivel central. En el POA de las operaciones, se agregará una columna que relacionará los productos de los programas con las prioridades del PICOR, de forma que se aprecie la integralidad del esfuerzo de planificación, y que la planificación de cada programa no sea vista como un ejercicio adicional y desvinculado de la planificación institucional.
2. El presupuesto es el total de una memoria de cálculo de los insumos requeridos por cada tarea o actividad, pero esa memoria de cálculo no tiene porque reflejarse en el POA (para no recargar ese instrumento y facilitar su lectura). El MINSA y el Banco han acordado que los POA sean elaborados en el aplicativo MSProject, con el fin de facilitar la explotación la información que contienen para fines de gerencia y seguimiento (MINSA), reporte (MINSA) y supervisión (Banco).
3. Con ese plan como fuente, la DGAF emite las verificaciones de crédito presupuestario y la DGA coordina la formulación del Plan de Adquisiciones, incorpora en el SEPA los procesos identificados de ese plan, y ejecuta los procesos individuales. La referencia al POA vigente será el respaldo para ambas áreas. La DCE creará en el sitio INTRANET del MINSA un enlace a la versión vigente, protegida, del POA[[15]](#footnote-15). El/la coordinador/a del Programa correspondiente es la única persona que podrá incorporar cambios y actualizaciones al POA. Los cambios y actualizaciones responderán a la información provista por las áreas responsables (actualizaciones) y a decisiones del Consejo Técnico de los programas del MINSA que cuenten con la no objeción de la Jefe de Equipo del Banco. Las no objeciones al POA se tramitarán por correo electrónico desde el correo de la Directora de Cooperación Externa hacia la Jefe de Equipo de Proyecto, adjuntando el POA en Project, indicando las filas en las que se proponga hacer modificaciones y la justificación correspondiente. El correo de no objeción por la JEP servirá de respaldo para implementar el POA actualizado.

#### Plan Financiero y Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC).

1. La DGAF del MINSA elabora a partir del POA el Plan Financiero, por períodos semestrales, que serán el respaldo de las solicitudes de anticipo (ver Capítulo IV, Gestión Administrativa Financiera). El Plan Financiero parte de la estructura del POA por componentes y productos, así como de la programación en el tiempo de los pagos bajo cada tarea o actividad que genere un costo. Al momento de la formulación de una actividad en el POA, el requiriente de la misma indicará a la DCE el calendario de pagos estimado para que el costo correspondiente sea programado en pagos como sub-actividades (una para cada pago esperado) de la actividad considerada– lo cual permitiría que MSProject produzca flujos de caja de forma automática. El Plan Financiero partirá por tanto de un extracto del POA que refleje únicamente las actividades que generan costo. El Plan Financiero reflejará además la conciliación de: los montos previamente recibidos del Banco y en poder del MINSA, montos comprometidos y montos ejecutados (con beneficiarios últimos), generando la proyección y/o solicitud de desembolsos. El Plan Financiero puede registrarse en EXCEL a partir de la exportación del MSProject.
2. Si bien cada requiriente al momento de programar una actividad indica el calendario proyectado de pagos, la consistencia del Plan Financiero con el POA será responsabilidad de la DGAF. También la DGAF deberá reportar a la DCE sobre la ejecución financiera, mediante la remisión a DCE del Plan Financiero actualizado (en cuanto a pagos) para que la DCE actualice los campos correspondientes del POA.
3. El POA es también la fuente primaria para que la DGA prepare el Plan de Adquisiciones y Contrataciones o PAC con los insumos de las áreas requirientes, la DCE y la DGAF. El PAC contiene: (i) una descripción breve de cada contrato que requiere ser gestionado con proveedores para los servicios de consultoría, y el suministro de obras y bienes requeridos, incluido su presupuesto estimado; (ii) los métodos propuestos para las compras y para la selección de los consultores; y (iii) los procedimientos aplicados por el Banco para el examen de los procedimientos de contratación (ex ante o ex post); (iv) el cronograma de desarrollo de cada proceso. En el capítulo IV se detalla la gestión de adquisiciones y en especial el manejo del PAC. La DGA será responsable de transmitir a la DGAF, DCE y área requiriente los avances en los procesos de adquisiciones y generar las alertas del caso. En especial, la DGA remitirá a la DGAF, DCE y área requiriente el calendario de pago negociado con el proveedor (sea en contratos de bienes, obras o servicios), ya que ese calendario podría diferir del originalmente planificado. Así mismo la DGAF remitirá a la DGA copia de los Comprobantes Únicos Contables (CUC) de los pagos efectuados con el fin de que la DGA pueda actualizar el expediente del proceso y el SEPA en cuanto a la ejecución de contratos. (ver sección siguiente sobre monitoreo)

### Monitoreo y seguimiento de los programas

1. **Seguimiento sistemático del POA y Comité Técnico** de seguimiento a los Programas. El MINSA conformó un comité constituido por los responsables de los Programas en la DCE, DGPD, DGECA, y DGAF[[16]](#footnote-16) (personas designadas, ver párrafo 41). Este Comité se reunirá con frecuencia semanal y de forma presencial para dar seguimiento a la implementación del POA de los Programas. A partir del POA vigente en MSProject se generará la lista de las tareas que debieron haber culminado en la semana anterior a cada reunión y de identificarse atrasos se tomarán acuerdos correctivos. De igual forma, se generará la lista de las tareas que deberán culminar en las dos semanas siguientes y se enviará un recordatorio al/la responsable correspondiente. La DGAF y la DGA deberán preparar la información de actualización que les compete previo a la reunión y entregársela a la DCE para la actualización de los POA durante la reunión. Las áreas requirientes que no sean miembro permanente del Comité pero que tuvieron actividades que cumplir en la semana anterior a la reunión serán invitadas o deberán hacerse disponibles vía telefónica o electrónica, para reportar sobre sus avances y suscribir los acuerdos de seguimiento. En el Apéndice 4 consta el manual de funcionamiento del Comité Técnico y las pautas para la planificación y seguimiento operativos. El coordinador específico de cada programa preparará la agenda de las reuniones para que el coordinador general las convoque. El coordinador específico elaborará las ayudas memorias y las presentará al coordinador general para su tramitación eventual ante el CTP.
2. Con base en los sistemas institucionales del MINSA, la Dirección de Cooperación Externa y la DGPD diseñarán conjuntamente un plan de monitoreo y evaluación y ambas Divisiones mantendrá un sistema de monitoreo de los resultados de los Programas y utilizarán este sistema para registrar de manera permanente el avance físico y financiero de los Programas, así mismo los logros en relación con los indicadores de desempeño/resultados e impacto. Los informes semestrales de avance de los Programas se prepararán con base en los reportes de este sistema. La DCE con el apoyo de la DGPD/Oficina de Evaluación, a través de la contratación de consultores, preparará una actualización de la línea de base para documentar posteriormente los avances de las acciones apoyadas por los Programas, utilizando el período 2009- 2011 para los indicadores del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en municipios de alta vulnerabilidad y para la Donación SM2015. Con base en los resultados de esta línea de base, la DCE y la DGPD conjuntamente, en coordinación con los SILAIS y las direcciones ejecutoras de los componentes, prepararán y presentarán un plan de monitoreo y evaluación, que incluirá la especificación de los instrumentos de monitoreo y evaluación de los Programas, la descripción de los indicadores y la identificación de variables, fuentes de información y la descripción del flujo de información desde las unidades que generan la información en el nivel local, hasta la consolidación y la producción de reportes de información. Cualquier ajuste a los marcos de resultados resultante de la preparación de la línea de base y plan de M&E (por ejemplo para fines de alinear el seguimiento de los Programas con instrumentos institucionales), deberá ser formalizado como una modificación del presente Reglamento Operativo
3. Los principales instrumentos de seguimiento del Programa son: los sistemas de información del MINSA, que incluyen el registro de estadísticas vitales en el nivel Central y el registro de productividad (producción de servicios de salud, en los Centros de Salud municipales (C/S) y Hospitales (H). Todos los indicadores de los Programas han sido seleccionados entre los recogidos por esos sistemas. En el marco de los Acuerdos Sociales para la Salud y el Bienestar (ASSB), el nivel Central recibe reportes de seguimiento para la gestión con periodicidad mensual por parte de las Direcciones de Salud Municipales y Hospitales y a través de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, delegación departamental del MINSA); en el ámbito financiero, el reporte de ejecución presupuestaria es el Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditoría (SIGFA), que es el sistema nacional que realiza la institución rectora, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
4. Las actividades de monitoreo serán responsabilidad de la Dirección de Cooperación Externa (DCE) con el apoyo de la División General de Planificación y Desarrollo (DGPD), y los insumos las áreas sustantivas en especial: la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención (DGECA), la Dirección General de Docencia e Investigación y la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública la Dirección General de Regulación, así como las divsiones de apoyo en especial la División de Insumos Médicos, la División General Administrativa Financiera y la División General de Adquisiciones.

#### Informes Semestrales de Progreso.

1. Tienen la finalidad de presentar al Banco los resultados alcanzados en la ejecución del POA y sus planes auxiliares: Plan financiero y PAC, todos con referencia a la MR[[17]](#footnote-17). Los informes de Progreso presentarán una síntesis de los resultados alcanzados por componente, analizando además los riesgos del programa y el avance en las medidas de mitigación acordadas para atenderlos[[18]](#footnote-18). Presentarán además una visión consolidada de lecciones aprendidas, y conclusiones y recomendaciones destinadas a retroalimentar los Programas. Con base a estos informes se realizarán reuniones de evaluación conjunta entre el MINSA y el Banco dentro de los 30 días posteriores a su recepción. El informe Semestral de Progreso incluirá una matriz especial que resuma los avances alcanzados en los indicadores de producto y de resultados acordados en la MR.
2. La DCE preparará el reporte semestral consolidado para los Programas, que contendrá la información de los indicadores de producto de los componentes de cada Programa. El informe semestral del primer semestre será entregado antes del 31 de mayo. El Informe del segundo semestre deberá ser entregado antes del 15 de Noviembre. Para los siguientes años se seguirá el mismo proceso periódico de preparación y envío de informes. Para fines prácticos, se incluirá en el Informe de Avance Semestral un informe del estado del fondo rotatorio (1897/BL-NI), y un informe del estado de la ejecución desembolso en concepto de anticipo (2527/BL-NI, GRT/HE-13118-NI, 2789/BL-NI), tal como detallado en el Capítulo IV, con fechas de corte lo más cercanas al 15 de mayo y al 30 de noviembre de cada año. Estos informes estarán soportados en el Plan de Seguimiento y Monitoreo de los Programas y serán aprobados por el CTP antes de su remisión al Banco.

### Análisis de riesgos: matriz de riesgos

1. Identifica los posibles riesgos o eventos externos que podrían afectar negativamente el éxito de los programas, y para cada riesgo, la probabilidad de ocurrencia y la severidad del impacto que tendría, esas dos dimensiones siendo las que permiten priorizar la atención. Sobre esta base, se elabora la Matriz de Mitigación de Riesgos (MMR), que define para cada riesgo, las acciones previstas para mitigarlos. Estas acciones serán integradas al POA, para reducir la probabilidad de ocurrencia (evitar) o bien del impacto (mitigar). Estos instrumentos de gestión se deben actualizar cada seis meses o cuando la ocurrencia de eventos lo requiera. El Ministerio de Salud, a través de su Consejo Técnico estará a cargo de monitorear el desempeño y el progreso de la implementación de los Programas y debe reportar sobre el mismo.

### Estados Financieros Auditados (EFA).

1. Cada año, el MINSA presentará los Estados Financieros del Programa, auditados por una firma aceptable para el Banco. Se procurará efectuar una contratación única para la auditoría de los estados financieros EF de los programas financiados por el Banco y por otros Socios para el Desarrollo como son los socios del fondo común FONSALUD (Países Bajos, Finlandia, Luxemburgo, España y el UNFPA). El capítulo IV detalla los procesos ligados a la auditoría y el Anexo 9 presenta los términos de referencia de la auditoría conjunta para los Programas.

### Informe de Terminación de las Operaciones (PCR por su sigla en Inglés).

1. Conforme lo establecido en los procedimientos de ejecución de operaciones del Banco, se contempla al final de cada una de las operaciones de préstamo objeto de este Reglamento la preparación del informe de cierre de proyecto, mismo que requiere por parte del MINSA de la preparación de una sección de valoración del desempeño de los actores relevantes, así como de la entrega de información de forma oportuna y de la participación en un taller de cierre y revisión del borrador de Informe. Los costos asociados a la preparación de dicho informe y la coordinación del proceso son responsabilidad del equipo del BID.

### Contenidos de seguimiento y reporte específicos al Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria.

1. Semestralmente, como parte del informe de avance, el MINSA remitirá al Banco los reportes estadísticos completos de los SILAIS, con el detalle de los municipios protagonistas de las operaciones. De esa fuente de información se extraerán los datos del estado de los seis indicadores de producción de servicios en los municipios beneficiados. En el caso de nacimientos, el Nivel Central agregará los nacimientos de niños residentes de los municipios beneficiados ocurridos fuera del departamento, ya que corresponden a un esfuerzo de promoción, captación y referencia de la red de su municipio, y por tanto son protagonistas del Programa. En el caso del informe del segundo semestre del año, el MINSA presentará la información de resultados, para los 22 municipios beneficiados. Los informes llevarán adjunto el reporte completo de los seis indicadores para todo el País, y desglosado por SILAIS.
2. En el informe del primer semestre el MINSA adjuntará el reporte de ejecución presupuestaria completo del año anterior, así como los cuadros de ejecución desglosados de las actividades próximas del conjunto (Promoción y prevención, Atención de Primer Nivel, Prevención de Enfermedades) para todo el País y desglosado por SILAIS.

### Contenidos de seguimiento y reporte específicos la primera operación SM2015.

1. Para dar cumplimiento a la clausula 3.8 del Convenio Marco de la iniciativa de Salud SM2015, para conocer el progreso en la ejecución e implementación de cada Operación Individual, el Banco en coordinación con el Ministerio de Salud, realizará el monitoreo de indicadores de producto, resultado e impacto utilizando las fuentes de información institucionales, encuestas poblacionales y registros estadísticos nacionales. La coordinación regional de la Iniciativa ha diseñado un tablero de control (dashboard) en el que se comparte la información de todas las operaciones, con niveles de acceso diferenciados (no toda la información es visible para el público ni para todos los países). En el caso de las operaciones en Nicaragua, la información de los informes semestrales de progreso y desempeño e informes trimestrales de avance será utilizada para actualizar el Tablero. Para la elaboración del informe de la misión trimestral de supervisión se utilizará el formato anexo\_\_. El equipo del Banco remitirá el informe a la Unidad Coordinadora de la SM2015 para que ésa actualice el Tablero, para lo cual el MINSA deberá remitir el informe final a más tardar 7 días después de finalizar la misión de supervisión correspondiente.
2. Salvo que el Banco informe por escrito lo contrario, el tablero de seguimiento (dashboard) al que se refiere el numeral (a) (i) de la cláusula 3.8 del Convenio Marco será actualizado por lo menos de manera trimestral, cuando el Banco y el Organismo Ejecutor realicen la misión de supervisión respectiva. El tablero de seguimiento se alimentará por lo menos de las siguientes fuentes:

a. datos administrativos;

b. datos del sistema de información del MINSA;

c. datos de los sistemas del Banco;

d. datos provenientes de las encuestas independientes de hogares y servicios de salud y de los registros administrativos y médicos revisados para su elaboración;

e. datos provenientes de los hitos del Plan de ejecución del proyecto y de la ruta crítica establecida (ver anexo 3 Arreglos para Monitoreo y Evaluación)

1. Con el propósito de monitorear el progreso de la Iniciativa Mesoamericana de Salud SM2015, que forma parte del Programa a nivel Regional, se dará seguimiento a un grupo de indicadores comunes a todos los países que permitirán realizar análisis comparativo. La información para tal fin provendrá de la macroevaluación. Todas las actividades de Monitoreo y Evaluación se harán en coordinación con el MINSA y los resultados serán compartidos, validados y consensuados con las autoridades sanitarias correspondientes.
2. El Ministerio de Salud previa revisión conjunta y de consenso entre ambas partes, autoriza al Banco y a los donantes de la Iniciativa para publicar, empleando cualquier medio disponible, los datos que resulten en la realización de las actividades de Monitoreo y Evaluación a que se refiere la Cláusula 3.8 del Convenio marco, así mismo, los datos podrán ser utilizados para realizar otros análisis e investigaciones. El Anexo \_\_\_ indica el protocolo de revision previa acordado entre el MINSA y el Banco.

## Sección III-3. Gestión ambiental y de las salvaguardas ambientales y sociales.

1. PLAN DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SOCIAL (2789) Es condición especial de ejecución que el MINSA implemente las acciones del PAAS en las fechas previstas, para aquellas condiciones que no fueron previamente cumplidas como condiciones de elegibilidad. Ésas incluyen acciones para: i) mejorar el manejo integral de desechos sólidos; ii) evaluar y mejorar el sistema de evacuación de efluentes líquidos; iii) diseñar e implementar un plan de gestión interna de abastecimiento de agua potable; iv) evaluar y gestionar lo referente a permisos y normatividad ambiental; v) consolidar el Sistema de Gestión Ambiental y Social del MINSA; y v) definir una estrategia y plan de implementación de consulta pública para la divulgación del Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS). Dicho plan es parte del presente RO (ver Apéndice \_\_\_) y por ello es de cumplimiento obligatorio por todas las partes.
2. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN AMBIENTAL, UNIDAD A NIVEL CENTRAL Y SILAIS. El Componente 2 del programa incluye un presupuesto de US$500 mil para fortalecer la gestión ambiental y de riesgos, incluidas las acciones de mediano plazo que deriven del PGAS. Los resultados del Análisis Ambiental se encuentran en el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) adjunto al PGAS y este RO. Al solicitar la no objeción a la rehabilitación, ampliación o nueva construcción, el MINSA debe presentar al Banco evidencia de que ha cumplido las acciones ambientales y sociales detalladas en el IGAS, así como la justificación de los alcances de la obra. Las inversiones de los Programas no contemplan ni anticipan que sea requerido el reasentamiento de personas para ninguno de los proyectos, pero de surgir esa eventualidad el prestatario deberá cumplir con la Política de Reasentamientos Involuntarios (OP-710) del Banco.

PLAN DE INCLUSIÓN SOCIAL (2527)

## Sección III-4. MECANISMOS ESPECÍFICOS DE IMPLEMENTACIÓN

### Mecanismos relativos al Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria.

1. Para hacer operativos los desembolsos, la Dirección Municipal registrará las atenciones brindadas y remitirá un reporte mensual (meses calendarios enteros) al SILAIS con el consolidado de atenciones para ese período por cada uno de los seis (6) indicadores trazadores definidos en la tabla 7, Sección II.4. En el Centro de Salud Municipal correspondiente deberá constar la evidencia del registro primario de las atenciones según los formatos que están establecidos en las normativas vigentes (expediente clínico, tarjetas de programas de salud, registro diario de consultas y atención en salud, Censo Gerencial de Embarazadas y Cuaderno de seguimiento de vacunas) bajo resguardo de su Oficina de estadísticas. El SILAIS deberá consolidar la información de los municipios protagonistas, hacer control de calidad de los datos recibidos y remitir al Nivel Central, a la División General de Planificación y Desarrollo, el reporte mensual de indicadores/atenciones desagregados por cada municipio. El Nivel Central (DGPD) consolidará la información y preparará un reporte trimestral (meses calendarios enteros y fijos: enero-marzo; abril-junio; julio-septiembre; octubre-diciembre) como soporte para el Componente 1 de la justificación del adelanto (y solicitud de desembolso, si fuera el caso) que será remitido al Banco por la DGAF para proceder con los desembolsos. Para facilitar la verificación de este reporte es importante que el mismo consolide atenciones prestadas entre fechas específicas, que correspondan a meses calendario completos (por ejemplo, “Reporte de prestaciones efectuadas por el personal de salud en el Municipio de La Dalia del 1ero al 31 de enero de 2012”). El Nivel Central deberá mantener un archivo con todos los reportes recibidos por los SILAIS. Al final del año la DGPD realizará cotejo de la información estadística a fin de liquidar en su totalidad las variaciones identificadas en las atenciones brindadas en el período específico. En el caso de nacidos vivos por residencia habitual, el Nivel Central hará el ajuste anual con nacimientos ocurridos en otros SILAIS.
2. En el Anexo 11 se presenta el instructivo específico emitido por el Nivel Central para que el personal de salud correspondiente efectúe el registro de las atenciones prestadas, su consolidación y remisión, así como el instructivo para la recepción y consolidación de esa información, su remisión al Banco y las liquidaciones correspondientes. Los errores que puedan ser detectados, esa por el MINSA o por el auditor técnico externo, serán conciliados en los desembolsos posteriores, tal como indica el contrato de préstamo. Tres meses después de concluido el año calendario, en abril, la DGPD concluirá la revisión, cotejo y ajuste de los datos estadísticos para que en ese mes el MINSA presente datos oficiales. Los desembolsos corresponderán al total de atenciones reportadas en cada trimestre, cuyo monto será el resultado del siguiente cálculo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicador – Número de Atenciones reportadas en el período trimestral“A” | Costo TOTAL en C$ por 100 atenciones reportadasB | Fórmula para Presentar a Desembolso del Banco |
| # Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas con Planificación Familiar | 19,798.00 | A\*B/100\*0.2373=Monto a desembolsar |
| # Primeros controles prenatales precoces | 133,753.00 |
| # Nacimientos vivos atendidos en los antiguos centros de salud con cama o ES de mayor resolución | 40,225.00 |
| # Mujeres con atención de puerperio mediato | 35,141.00 |
| # Niños/as menores de un año con tercera dosis de pentavalente | 39,961.54 |
| # Niños/as de 1 a 4 años con segunda visita de VPCD en el año calendario | 226,022.17 |

### Mecanismos relativos a laprimera operación SM2015

1. Por completar – Manuales específicos mencionados en la sección II.

### Mecanismos relativos al Programa de Redes Integradas de Salud 2

1. El primer componente del Programa Ruta crítica del componente 1. Para generar claridad y apropiación de los resultados esperados del Componente 1, el desembolso de los recursos para su implementación, salvo el primer adelanto, serán sujetos al cumplimiento de hitos en la ruta crítica de implementación del componente. Los hitos identificados son sub-productos y productos del componente[[19]](#footnote-19). La ruta crítica consta como Apéndice \_\_\_ y establece el número fijo de desembolsos que se anticipan, y los hitos a cumplir para solicitar el próximo desembolso, así como la proyección financiera inicial. Esa proyección e hitos sustituyen en el caso de este componente el Plan Operativo Anual requerido para el resto del programa. De ahí que a lo interno del Ministerio, la DCE será quién autorizará las actividades a desarrollar para alcanzar los hitos, para fines de las verificaciones presupuestarias del caso, sin requerir de la presentación de un plan operativo ni de no objeciones del Banco a sus eventuales cambio por parte del Banco. Las solicitudes de desembolso estarán soportadas con el detalle de gastos incurridos, que deberán ceñirse a un menú predefinido de gastos elegibles (ver Tabla \_\_\_, sección II). Esas solicitudes serán acompañadas de la evidencia de la entrega de los hitos acordados. En cuanto a adquisiciones, se aplicarán las políticas del Banco sin ninguna diferencia con las operaciones actualmente en ejecución, aprovechando los umbrales que permiten la revisión ex post de las adquisiciones bajo los umbrales definidos en el capítulo IV.
2. Tal como indicado en la sección III. 3, y en cumplimiento de la condición contractual reflejada en la cláusula \_\_\_\_ del contrato de préstamo 2789/BL-NI, el componente 2 de la operación RIS-2 está sujeto a la aplicación de procedimientos de gestión ambiental y social, para asegurar que los impactos de los proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento en esos dos ámbitos estén debidamente identificados y mitigados. Al solicitar la no objeción a la rehabilitación, ampliación o nueva construcción, el MINSA debe presentar al Banco evidencia de que ha cumplido las acciones ambientales y sociales detalladas en el IGAS, así como la justificación de los alcances de la obra. El Anexo \_\_\_ detalla los procedimientos aplicables para dar cumplimiento al Plan de Gestión Ambiental y Social, a lo largo del ciclo de cada proyecto de inversión, con énfasis en los proyectos de mayor complejidad.

## Sección III-5. Evaluación

1. La evaluación será externa, es decir que las actividades principales de recolección y análisis de la información para valorar el progreso y el impacto del Programa – descritos en esta sección – serán objeto de contratos con consultores externos. A nivel institucional, las actividades de evaluación serán responsabilidad de la Direccion de Cooperacion Externa (DCE) en coordinación y con el apoyo de la División General de Planificación y Desarrollo (DGPD) del MINSA, la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención (DGECA), la Dirección General de Docencia e Investigación y la Dirección General de Vigilancia de la Salud Pública. Proyecto de Desarrollo e implementación de las Redes Integradas de Salud.

#### Evaluación del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y comunitaria en municipios de alta vulnerabilidad social.

1. Durante la ejecución del Programa se prevé la realización de dos evaluaciones: 1) Una evaluación intermedia que de conformidad con el Contrato de Préstamo se llevaría a cabo a la mitad de la ejecución de los Programas. Esta evaluación será contratada por el CTP con consultores individuales o una firma consultora especializada, con la debida no-objeción del Banco. La evaluación intermedia, verificará el cumplimiento de las metas intermedias y será el desencadenante para iniciar el trámite de aprobación de la Segunda Fase del Programa.
2. La evaluación final será contratada por el CTP con una firma consultora especializada o consultores individuales, con la debida no-objeción del Banco y se realizará una vez se haya comprometido al menos el 90% de los recursos del financiamiento y deberá valorar el grado de cumplimiento de las metas de los indicadores de la matriz de resultados.
3. La metodología de análisis de impacto diseñada para esta evaluación es de tipo reflexivo, en la cual se compara la situación de los indicadores de resultados e impacto acordados para el Programa, en el ámbito geográfico del mismo (los 22 municipios beneficiados dentro de los tres SILAIS de la RAAN, Jinotega y Matagalpa, salvo que la información esté disponible únicamente para el SILAIS entero), antes del Programa y después del mismo. La información sobre productos, resultados e impactos será sujeta a una verificación independiente de los datos producidos por el MINSA, replicando la metodología de certificación desarrollada para el Préstamo en Función de Resultados Mejoramiento de la Salud Materno Infantil (1607/SF-NI), de encuestas anuales de protagonistas (cualitativa actualizando la metodología de la encuesta de protagonistas efectuada en el marco de la evaluación del FONMAT en 2003), y de la observación en campo del desarrollo de los servicios.

#### Auditoría Técnica Externa o Evaluación de Desempeño.

1. Esa auditoría debe permitir la certificación de los volúmenes de atención reportados por el MINSA bajo los indicadores trazadores del conjunto, y la valoración de la calidad de la atención prestada. La metodología incluye una verificación de indicadores que busca comprobar el grado de exactitud, credibilidad, oportunidad y calidad de los datos reportados. La unidad de análisis la componen dos elementos: 1) los datos y 2) los procesos para la construcción de los indicadores. La verificación de datos se complementa de una auditoria de procesos: que documenta las etapas de recolección, consolidación y análisis de los procesos propios de los sistemas de información, identificando posibles riesgos de alteración o pérdida de la información en los mismos. La frecuencia de la certificación será semestral y anualmente se levantará además una encuesta en los establecimientos de salud que documentará la calidad de los servicios prestados entendida como su grado de apego con los protocolos acordados. La fuente de los datos serán los registros estadísticos institucionales del MINSA.
2. Encuesta de satisfacción de Protagonistas en sus Comunidades. La encuesta a protagonistas, que también tendrá una frecuencia anual, tiene como objetivo medir en las propias comunidades el avance de la extensión de cobertura e identificar el patrón de uso de los servicios de salud por las mujeres en edad fértil y los niños, con una sobre muestra del 10% para incluir mujeres con parto en el último año. La encuesta medirá a través de preguntas específicas para los componentes del programa y de la oferta de programas en la comunidad. La estrategia es la entrevista en hogares que tienen mujeres en edad fértil y niños que viven en el área de intervención. El diseño muestral final y el instrumento de la encuesta, al igual que para el estudio anual en establecimientos de salud, será desarrollado por la firma a cargo de la Evaluación de Desempeño y deberá ser consensuado con el Banco y el MINSA. Los TDR de la Auditoría Técnica Externa constan como el Anexo \_\_\_ de este Reglamento Operativo, una vez acordados las metodologías y sus respectivos instrumentos, serán adjuntos a este Reglamento como Apéndices.

#### Evaluación de medio término.

1. Se propone que consultores independientes faciliten una revisión documental de los reportes de los 5 informes de resultados, la información adicional que proporcione MINSA incluyendo reflexiones sobre los problemas y los avances, y las certificaciones de la evaluación de desempeño disponibles al término de cinco semestres. El Banco y el MINSA se reunirán para acordar acciones correctivas o ajustes al Marco de Resultados que permita el logro de las metas correspondientes durante el resto de la operación.

#### Resumen final independiente y reflexivo.

1. Se propone la preparación por consultores independientes de un documento final de resultado, a partir de la revisión documental de los informes semestrales, anuales y de medio término. Este documento final debe destacar los logros de las metas pactadas. Analizando los datos disponibles y recolectando información cualitativa complementaria (entrevistas a informantes, grupos focales) se deberán de describir las lecciones aprendidas durante el proyecto.

### Evaluación de la Primera Operación de la Iniciativa Salud-Mesoamérica 2015 , Nicaragua.

1. **Evaluación**. Se realizará: (i) la medición del cumplimiento de metas para el desembolso del tramo de desempeño , a los 18, 36 y 54 meses en una muestra aleatoria y representativa de hogares pertenecientes a los departamentos focalizados y en los servicios de salud ; (ii) medición de indicadores generales de la implementación de SM2015 para comparación a nivel regional; y (iii) la generación de conocimiento sobre el impacto de los diferentes mecanismos innovadores que SM2015 utiliza en su implementación, (iv) supervisión trimestral del avance y de los procesos. El monitoreo de los indicadores contenidos en el Marco de Desempeño de cada Operación Individual será realizado por una Firma independiente contratada por el Banco, no antes de 14 meses a partir de la fecha de elegibilidad y aplicará los criterios de medición establecidos en la Cláusula 2.4 y 3.5 del Convenio Marco.

### Evaluación de impacto.

1. Micro evaluación del esquema de vales: Anexo con el protocolo.
2. Aprendizaje. Dirigido a sistematizar las lecciones y nuevos conocimientos generados durante la planeación, implementación y evaluación de SM2015 en Nicaragua. La documentación del aprendizaje generará conocimiento para mejorar futuras operaciones, expandir la operación, hacerla sostenible y contribuir con la evidencia para el desarrollo de estrategias innovadoras. El detalle se encuentra en el Plan de Implementación.

### Evaluación del Programa de Redes Integradas de Salud II

1. La evaluación del programa de Maternidad Segura contará con un diseño cuasi experimental que contrastará la evolución en el uso de servicios institucionales antes y después de la implementación de los estímulos y comparando la situación de una muestra aleatoria representativa de embarazadas de los municipios beneficiados con la situación de embarazadas seleccionadas aleatoriamente y por apareamiento estadístico entre la población de cuatro municipios adicionales ya identificados por su condiciones similares de salud y acceso a servicios.
2. La evaluación general del programa será independiente y reflexiva. La evaluación de medio término del programa se efectuará a los cinco semestres contados desde la elegibilidad, y la evaluación final cuatro semestres más tarde. El objetivo de la evaluación en general es documentar los resultados e impactos del programa según la Matriz de Resultados, verificar los niveles de base identificados durante la preparación y profundizar sobre los factores de desempeño. La evaluación buscará estimar el retorno social de las inversiones y la valoración de la mejoría de la infraestructura vs. en las capacidades del personal de salud. Las evaluaciones usarán: las estadísticas oficiales de morbi mortalidad en los municipios beneficiados, los reportes e información adicional que proporcione el MINSA, y datos recolectados de forma independiente para corroborar la oportunidad de los registros institucionales. Contando con el informe de la evaluación de medio término, el MINSA y el Banco acordarán acciones correctivas o ajustes a la Matriz de Resultados que propicien el logro de las metas correspondientes durante el resto de la operación. La evaluación final deberá documentar el logro de las metas de impacto pactadas y ponerlo en el contexto de lecciones aprendidas sobre los factores que influyeron sobre el desempeño del programa. Esa evaluación final será compartida para el cierre del programa.
3. La evaluación cuasi-experimental del piloto de maternidad segura será complementada con estudios cualitativos y especiales de la estrategia de casas maternas y de salud intercultural. Los Términos de Referencia de las evaluaciones y de esos estudios serán anexados a este Reglamento Operativo una vez acordados por las partes. Los alcances están definidos en el Apéndice\_\_\_ Arreglos de Monitoreo y Evaluación.

# Capítulo IV. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LOS PROGRAMAS

1. La División General Administrativa Financiera (DGAF) del MINSA es la instancia responsable de coordinar la ejecución financiera de los programas.  La DGAF forma parte activa del Comité Técnico de los Programas y es auxiliada por una Unidad Coordinadora de Recursos Externos (UCFE) quien tiene la responsabilidad específica de la Gestión Financiera y Contable de los Programas.

### Sección IV. 1: Funciones de la DGAF

1. Aplicar el “Reglamento Operativo de los Programas”, en lo referente a las normas y la reglamentación en los temas administrativos, de adquisiciones y de manejo financiero de los componentes del Programa, apoyo administrativo a las Direcciones, Divisiones y SILAIS y su red de proveedores para la ejecución de los componentes del Programa;
2. Velar por la adecuada utilización de los recursos y su aplicación para los fines del Programa mediante un programa de supervisión en sitio por parte de la DGAF hacia las unidades ejecutoras del Programa, dejando evidencia física de la implementación de esta supervisión;
3. Efectuar todas las operaciones de registro presupuestal y contable que resulten del desarrollo del Programa, velando porque ellas tengan los soportes adecuados según las normas de contabilidad gubernamental y la reglamentación del Reglamento Operativo del Programa;
4. Mantener el registro completo y actualizado de la información de soporte sobre las operaciones del Programa en los diferentes componentes;
5. Revisar y presentar al Banco las solicitudes de desembolso y justificación de gastos, Presentar los informes semestrales de movimiento de los desembolsos recibidos del Banco,
6. Poner a disposición del Banco y de los auditores especiales la documentación relacionada con la ejecución del programa;
7. Implantar y regularizar la aplicación de las normas y procedimientos de control interno, tanto administrativo, como financiera, que se establezcan en el presente Reglamento Operativo;
8. Participar en el proceso de selección y facilitar los trabajos de la Auditoría Externa en el suministro oportuno y completo de la información;
9. Implantar los mecanismos de control que garanticen la transparencia de todas las operaciones del Programa, Aplicar el catálogo de cuentas contables del Sistema SiGFA acordado con el Banco;
10. Preparar las solicitudes de su no-objeción para modificar el catálogo de cuentas contables para que la DCE las presente al Banco; Mantener el registro separado de las operaciones del programa de manera que permita el manejo contable y financiero independiente de los recursos del financiamiento y la contrapartida de los recursos regulares del MINSA de acuerdo a la operación del SIGFA.;
11. Llevar el registro de los gastos elegibles financiados por el programa según componentes;
12. Asegurar que los documentos soportes de los comprobantes de egresos del programa, sean invalidados con un sello e indicando que los gastos corresponden a determinado Programa, así como los de la contrapartida local;
13. Mantener actualizado el sistema de información contable y financiero del Programa en el SIGFA y SIGFAPRO; Operar el SIGFA de tal forma que permita llevar el registro contable y financiero del Programa a nivel central y los SILAIS; Realizar el mantenimiento de los archivos de la información contable y administrativa del Programa;
14. Llevar el archivo con la copia de la documentación original sobre la adquisición, pago y entrega de las obras, bienes y servicios adquiridos con los recursos del programa;
15. Procesar la generación de reportes periódicos sobre la ejecución financiera de los Programas.

### Sección IV 2.: Gestión de Adquisiciones.

1. La División General de Adquisiciones es la responsable de coordinar la gestión de adquisiciones. Son funciones a desarrollar: Aplicar la Ley 737 (Ley de contrataciones Administrativas del Sector Público) y las normas del Banco para los procesos de adquisición de bienes, obras y servicios; según corresponda, tomando en especial cuenta que los procesos incluidos en los planes de adquisiciones de los programas constituyen materia excluida de la Ley 737;
2. Aplicar el “Reglamento Operativo del Programa”, en lo referente a las normas y la reglamentación para la contratación de servicios y la adquisición de bienes y obras;
3. Asesorar a las áreas requirientes y gestionar los procesos de adquisición y contratación de bienes, obras y servicios solicitados por las unidades requirientes;
4. Apoyar a las unidades requirientes en la gestión de los procesos administrativos para la adquisición de obras, bienes y servicios
5. Efectuar todas las operaciones de revisión y trámite de contratación de obras, bienes y servicios que resulten del desarrollo de los Programas, velando por que ellas tengan los soportes adecuados según las normas de administración y control de los procesos; así mismo la administración del SEPA que contempla la carga de información, seguimiento y actualización de cada PAC de las diferentes operaciones.
6. Asesorar, orientar y supervisar la ejecución de todas las actividades de revisión y trámite que deban realizarse en el Programa, velando porque ellas tengan los soportes adecuados y sean reportadas oportunamente para su consolidación en la contabilidad general de los Programas.

### Reportes administrativo financieros

1. Tanto la DGA como la DGAF deberán proveer oportunamente la información requerida para el seguimiento de los Programas del avance operativo, de gestión de adquisiciones y de contratos y pagos;
2. Reporte Semestral de Progreso Físico Financiero. Coordinar el flujo oportuno de la información requerida para el seguimiento y evaluación de gestión operativa y financiera de los Programas;
3. Apoyar a la DCE mediante el suministro de la información sobre la programación-ejecución-seguimiento-evaluación y auditoria de los Programas, en sus aspectos administrativo-financieros,
4. Preparar informes sobre la ejecución financiera, incluyendo análisis de indicadores de ejecución financiera, y dar las recomendaciones pertinentes;
5. Reportar periódicamente la ejecución financiera global y por componente, para su distribución al CTP ;
6. Preparación de los informes de ejecución financiera requeridos para la auditoria y para apoyar los mecanismos de seguimiento de los Programas
7. Coordinar la preparación y remisión de los informes financieros a la DGPD, de conformidad con los plazos acordados con el Banco.
8. La DGAF deberá preparar mensualmente los estados financieros básicos del Programa, conciliaciones bancarias y demás información financiera que se requiera para cumplir con lo establecido en las normas generales de los Contratos de Préstamo.
9. En el Anexo XXX contiene en detalle las funciones correspondientes a la gestión administrativa financiera y de adquisiciones.

## Apéndices y Anexos

### Apéndice 1: Matriz de Resultados de los Programas.

[incluir hipervínculo a documento en PDF que compile las matrices de resultados acordadas en el momento de la negociación de cada programa]

### Apéndice 2: Resumenes para gestión del aval del SNIP de los Programas.

[incluir hipervínculo a documento en PDF que compile los tres resumenes: NI-L1054, NI-G1001, NI-L1068]

### Apéndice 3: Arreglos de Monitoreo y Evaluación aprobados para los Programas

[incluir hipervínculo a documento en PDF que compile los tres resumenes: NI-L1054, NI-G1001, NI-L1068]

### Apéndice 4: Manual del Comité Técnico de los Programas, para la Planificación y Seguimiento Operativos

[Pendiente. Dejar por el momento acta de constitución del Comité]

### Apéndice 5: Estrategia de Inclusión Social del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria

[incluir hipervínculo a documento en PDF de salvaguardias de NI-L1054]

### Apéndice 6: Lista de Establecimientos de Salud que ofrecen COE en los Cuatro SILAIS protagonistas del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria, y de Referencia para la Atención Materna en Managua.

### Apéndice 7: Plan de Gestión Ambiental y Social para el Programa de Redes Integradas de Salud – 2.

[incluir hipervínculo a documento en PDF negociado – Agosto 2012]

### Apéndice 8: Ruta Crítica de Implementación del Componente 1 del Programa Redes Integradas de Salud – 2.

Versión al 29 de Mayo de 2013.

### Apéndice 9: POA de los Programas (versión vigente para consulta de los interesados en el sitio intranet del MINSA).

[Enlace electrónico a versión vigente, sólo para consulta – no permitir edición]

Anexo \_\_\_ Relación entre los programas.

Anexo \_\_\_: Directorio de Responsables de las intervenciones de los Protramas dentro de las Direcciones y Divisiones del MINSA.

Anexo \_\_\_ Priorización y Focalización de los Programas.

[actualizar anexo de priorización del Programa de Mejoramiento con Salud Meso y RIS-2 -- – PENDIENTE!]

### Anexo \_\_\_ Costeo del Conjunto de Servicios Materno Infantiles del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria.

[incluir hipervínculo a hoja EXCEL y documento de apoyo y presentación en PDF (versión Marzo 2012)]

### Anexo \_\_\_ Términos de Referencia de la Auditoría Técnica Externa del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria.

[incluir hipervínculo a versión actualizada en PDF]

### Anexo \_\_\_ Manual de Indicadores para la Medición del Marco de Desempeño de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 en Nicaragua.

### Anexo \_\_\_ Protocolo para la revisión previa del MINSA a la publicación de estudios en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015

[incluir hipervínculo a documento en PDF – PENDIENTE!]

### Anexo \_\_\_ Protocolo para la Microevaluación del Esquema de Vales de Subsidio de Transporte y Alojamiento en Casas Maternas para Protagonistas de Comunidades alejadas.

[incluir hipervínculo a documento en PDF – PENDIENTE! – existe borrador]

### Anexo \_\_ Manual de Implementación de los Vales de Subsidio de Transporte y Alojamiento en Casas Maternas para Protagonistas de Comunidades alejadas.

[incluir hipervínculo a documento en PDF – PENDIENTE! – existe borrador]

### Anexo \_\_ Ruta Crítica para la Implementación del Componente 1 de Redes Integradas de Salud.

[incluir hipervínculo a documento en PDF – PENDIENTE! – existe borrador]

### Anexo \_\_\_ Manual de Implementación del Piloto de Maternidad Segura en cuatro municipios rurales.

[incluir hipervínculo a documento en PDF – PENDIENTE! – existe borrador]

|  |
| --- |
| **Anexo 1: Relación entre los Objetivos de las operaciones** |
| 1897/BL-NIRedes Integradas de Salud - 1. | 2527/BL-NIMejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria en municipios de Alta Vulnerabilidad Social. | GRT/HE-13118-NI. Primera Operación Salud Mesoamérica 2015, Nicaragua | 2789/BL-NIRedes Integradas de Salud - 2 |
| Fin |
| Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población nicaragüense,  | Mejorar el estado de salud de esas poblaciones y reducir la desigualdad, contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en cuanto a reducir la mortalidad infantil y materna | Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil. | Mejorar el estado de salud y bienestar de la población, contribuyendo a hacer efectivo el derecho a la salud. |
| Objetivo General o Propósito |
| Impulsar la integración y expansión de la provisión de servicios de salud  |  |  | Bajo el enfoque de redes integradas de servicios, |
| …a través de la mejora de la capacidad técnica del MINSA y de los SILAIS, la implementación de redes integradas de salud  |  |  | profundizar la implementación de las estrategias clínicas y de gestión desarrolladas en la etapa 1 del Programa RIS… |
| …y la modernización de la infraestructura de salud. |  |  | …y apoyar en los mismos territorios la inversión en la capacidad resolutiva de las instalaciones públicas |
|  | Incrementar el uso de un conjunto de atenciones de salud materno-infantiles de buena calidad, bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC)  | Desarrollar una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal y de la niñez  |  |
| …especialmente [en beneficio] de la población en extrema pobreza. | …en las poblaciones más vulnerables. | …en las áreas geográficas más pobres del país. | …en los SILAIS priorizados. |
| Objetivos Específicos |
| Promover el fortalecimiento institucional del Sistema Público de Salud a Nivel Central y de SILAIS. (COMPONENTE 1) | Extender la cobertura de servicios de salud materna infantiles en 22 municipios de los SILAIS de Jinotega, Matagalpa y la RAAN. (COMPONENTE 1) | Mejorar la utilización de los servicios de salud institucionales dirigidos a la mujer y a la niñez a través de estrategias y mecanismos de incentivos a la demanda (COMPONENTE 1) | Implementar estrategias clínicas y de gestión apoyando la inversión en la capacidad resolutiva bajo el enfoque de red integrada de serviciosprofundizando la implementación de estrategias clínicas y de gestión,  |
| Desarrollar la implementación de Redes Integradas de Salud. (COMPONENTE 2) | Fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud materna infantil en las zonas de intervención del Programa. (COMPONENTE 2) | Disminuir las brechas en suministros y equipamiento básico necesarias para la atención.(COMPONENTE 2) | Mejorar la capacidad resolutiva de las unidades de salud bajo el enfoque de red integrada de servicios, en siete SILAIS priorizados. |
| Diseñar e iniciar la implementación de un plan maestro de inversiones en infraestructura y equipamiento en salud. (COMPONENTE 3) |  | Aportar tecnologías de apoyo a la mejora del acceso y calidad de los servicios básicos de salud. Promover la articulación en la red de los servicios institucionales y de los mecanismos comunitarios(COMPONENTE 3) |
| Proveer asistencia técnica y financiera para asegurar apoyar la implementación, gestión, monitoreo, evaluación y auditoría de la implementación de cada operación. |

1. La versión electrónica de este Reglamento Operativo incluye para cada documento de referencia un enlace electrónico activo dentro del intranet del MINSA y del Banco. [↑](#footnote-ref-1)
2. Véase Contrato 2789/BL-NI, Cláusula 3.03 (a), “Condiciones Previas al primer desembolso”; Contrato 1897/BL-NI, Cláusula 3.03 “Condiciones Previas al primer desembolso”; Contrato 2527/BL-NI, Cláusula 3.03 “Condiciones Previas al primer desembolso” y Anexo Único, párrafo 4.02 y Convenio GRT/HE-13118-NI, cláusula de la Estípulaciones 3.03 “Condiciones Previas al primer desembolso”. [↑](#footnote-ref-2)
3. De acuerdo con la Ley General de Salud en su Capítulo IV las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del MINSA. Para tal efecto el MINSA coordinará con los Consejos y Gobiernos Regionales todos los aspectos relacionados con el modelo de gestión institucional, así como los requeridos para promover la descentralización, desconcentración y delegación de la Gestión de la Salud en estas regiones. En este contexto la RAAN, dispone de un marco normativo que permite adecuar las directrices nacionales a sus características, dicho marco se encuentra expresado en el Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN, conocido como MASIRAAN. Y lo mismo aplica a la RAAS con el MASIRAAS, Región en la cual se desarrollará (en dos municipios) el componente de Maternidad Segura del Programa RIS-2. [↑](#footnote-ref-3)
4. \* Perteneciente al Atlántico Norte pero atendido por MINSA mediante SILAIS Matagalpa

 \*\* Perteneciente al Atlántico Sur pero atendido por MINSA mediante SILAIS Chontales

 \*\*\* Pertenece Matagalpa pero lo atiende por MINSA SILAIS Las Minas [↑](#footnote-ref-4)
5. COEm. Dentro del modelo de atención en Nicaragua estas son las unidades de primer nivel preparadas para la atención de emergencias obstétricas. Por la capacidad se distinguen en COEm básico y COEm avanzado [↑](#footnote-ref-5)
6. Este monto fue establecido por el MINSA dados sus conocimientos de las regiones a atender. [↑](#footnote-ref-6)
7. Las unidades con médico y laboratorio clínico para atender la atención prenatal de acuerdo a la norma podrán certificar vales de transporte y los Centros de Salud autorizados por el MINSA para brindar COE básico podrán certificar la atención de partos. [↑](#footnote-ref-7)
8. Plan Parto es un programa del MOSAFC donde el ESAF prepara con cada embarazada un plan para la atención del parto. En este programa se enmarcan las CM. El plan parto individual implica la coordinación de la familia y la comunidad en aspectos del cuidado del hogar y los niños, y en los casos distantes de la unidad de salud, la fecha que debe asistir a la localidad donde está el centro de salud donde se atenderá su parto y donde se puede alojar en una CM. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ver estudio de Costeo de los vales, informe de consultoría al MINSA, Juanita Obando, Junio 2013. [↑](#footnote-ref-9)
10. Como productos de apoyo se incluyen, entre otros, botas de hule, capote, sombrilla, mochila, lámpara con batería, toallas grandes, sábana pediátrica y de adulto, camisetas, gorra, cuaderno, lapicero y una olla metálica. [↑](#footnote-ref-10)
11. SEARCH: Modelo basado en la aplicación de actividades para el cuidado del recién nacido basado en el hogar y en la comunidad por trabajadores de salud comunitarios. Aplicado con éxito en la India mostrando reducciones importantes en las tasas de mortalidad neonatal e infantil. [↑](#footnote-ref-11)
12. El financiamiento de este equipo proviene de fuentes institucionales y de los mismos programas. [↑](#footnote-ref-12)
13. *“Contratistas de servicios”.* La ejecución de proyectos en los sectores sociales puede requerir, en particular, la contratación de gran cantidad de personas que prestan servicios por contrato (por ejemplo, trabajadores sociales, como enfermeras y personal paramédico). Las descripciones de funciones, las calificaciones mínimas, las condiciones de empleo, los procedimientos de selección, y la medida en que el Banco revisa esos procedimientos y documentos deben indicarse en la documentación del proyecto y el contrato debe ser incluido en el Plan de Adquisiciones aprobado por el Banco. [↑](#footnote-ref-13)
14. Nótese que la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 se refiere a ese instrumento de planificación operativa como “PEP” – “Plan de Ejecución del Programa”, dado que el período de cada operación (18 meses) está cubierto en dicho instrumento, y por tanto, el plan ya no es “annual”. No obstante, su definición y alcances son de un plan *operativo*, no *estratégico*, como se ha definido el PEP en este RO. [↑](#footnote-ref-14)
15. El MINSA está en el proceso de adquirir licencias actualizadas de MSProject, luego de lo cual se creará el enlace en la Intranet del MINSA. Con cada actualización, el sistema de respaldo de la Intranet generará un correo para las Direcciones y Divisiones Generales y Específicas involucrados en los Programas de aviso de actualización del POA. [↑](#footnote-ref-15)
16. Se ampliará la composición del Comité ya que áreas importantes para la implementación de los programas no están representadas con miembros permanentes. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ese informe incluirá la programación operativa- financiera (POA) del año siguiente. La propuesta para el Presupuesto General de la República es remitida por los Ministerios de línea al Ministerio de Hacienda en Septiembre a más tardar, por lo que ese calendario para el reporte de programas estará alineado con los procesos nacionales. [↑](#footnote-ref-17)
18. Los reportes incluirán: (i) dentro del POA vigente, la actualización de las fechas efectivas de inicio y/o conclusión de las actividades, marcando las que fueron realizadas; (ii) el cronograma actualizado de desembolsos; (iii) dentro de la Matriz de Resultados, la indicación del grado de cumplimiento de los indicadores acordados, con especial atención al avance de Los productos y su relación con la ejecución financiera; (iv) un resumen del estado de ejecución financiera del Programa y el flujo de recursos previsto para el próximo semestre; (v) una sección analítica y narrativa que identifique posibles eventos que pudieran poner en riesgo la ejecución del Programa; y (vi) en el informe correspondiente al cierre anual, el POA propuesto para el ejercicio siguiente, identificando las actividades a las que correspondan procesos nuevos a incluir en el Plan de Adquisiciones (PA) mediante el sistema SEPA, y aquellas que están siendo modificadas y requerirán igualmente de modificación en el/los proceso/s correspondiente/s del PA. [↑](#footnote-ref-18)
19. Hitos podrán ser: “norma técnica de dispensarización ajustada y aprobada”, “300 profesionales entre el personal asistencial de los primeros 20 municipios de los 65 priorizados ha sido capacitado integralmente sobre la norma ajustada de referencia y contrareferencia” o “100 Embarazadas de los municipios priorizados captadas en el programa de maternidad segura”. Durante la orientación del Programa se inició la identificación de la ruta crítica, que permitió además establecer el costeo estimado del programa. [↑](#footnote-ref-19)