División de Protección Social y Salud

Nicaragua

Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales

(NI-L1095)

Enlace Opcional 1

**Teoría de Cambio**

**NICARAGUA**

NI-L1095

Teoría de Cambio

Del Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales

El presente documento tiene como objetivo presentar la lógica de las intervenciones y la evidencia sobre la cual se fundamenta el planteamiento de los resultados y la metas correspondientes, evidencia que sustenta la validez tanto interna como externa de las intervenciones del proyecto. Este documento también rescata la información de la cartera de proyectos que han apoyado el desarrollo del sector de Salud con financiamiento del Banco en los últimos quince años.

En esta sección se presenta la evidencia relacionada con la justificación del programa, en la segunda, la experiencia acumulada y enfoque programático de la cartera, y en la tercera se indica, siguiendo la Matriz de Resultados del Proyecto, el sustento de las metas planteadas.

# Evidencia que sustenta la justificación del proyecto y lógica de intervenciones.

El marco sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3) en su segunda sección presenta evidencia con la cual el presente documento es consistente, agregando en algunos casos evidencia propia de Nicaragua o bien trabajos posteriores a la publicación del marco sectorial (2013).

La situación de salud del País ostenta disparidades en salud, que pueden ser relacionadas con un bajo uso de los servicios, a la vez determinado por barreras de acceso, como son: la ruralidad, especialmente la dispersión geográfica, factores sociales de pobreza y escasos conocimientos sobre la efectividad de los servicios de salud o una pobre valoración de su calidad. El [Estudio sobre Barreras de Demanda y Oferta - NI-G1001](PCDOCS://IDBDOCS/36241487/R) preparado para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el marco de la preparación de la primera operación de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) documentó esos factores como barrera. El estudio fue estructurado en consonancia con el modelo de análisis de las cuatro A. El **modelo de las cuatro A** (*Availability, Accesibility, Affordability, Acceptability*, que se puede traducir, Disponibilidad, Accesibilidad geográfica, Asequibilidad o Accesibilidad Económica, y Aceptabilidad) es ampliamente utilizado por médicos, geógrafos, antropólogos y epidemiólogos, y hace hincapié en las barreras (sociales, económicas y geográficas) como factores clave para el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento médico (Good, 1987). La ventaja de este modelo es que permite la identificación con visión integral, de "barreras potenciales” y factores que inciden en el uso de los servicios tanto por el lado de la demanda como de la oferta para un tratamiento adecuado[[1]](#footnote-1). De forma más detallada, las cuatro dimensiones del modelo comprenden:

* *Disponibilidad (availability)*: se refiere a la distribución geográfica de los sitios de atención, establecimientos de salud, productos farmacéuticos, y recursos humanos en relación a la población a atender así como los horarios de atención.
  + *Accesibilidad física (accessibility)*: incluye el disponibilidad de transporte, carreteras, las barreras geográficas, y las características de los establecimientos de salud para la atención de discapacitados.
  + *Accesibilidad económica (affordability)*: incluye la capacidad de cubrir los costos de tratamiento para el individuo, el hogar o la familia. Se hace una distinción entre los costos directos de la atención, indirectos como pueden ser los de traslado a los establecimientos de salud y de oportunidad como los de la familia para cuidar o acompañar a un enfermo.
  + *Aceptabilidad (acceptability)*: se refiere a la cercanía o pertinencia cultural y social de los servicios y el cumplimiento con las expectativas de la población atendida. Esa dimensión se relaciona principalmente a las características de los proveedores de la salud - el comportamiento de los trabajadores de salud, aspectos de género (no aceptación de ser tratado por el sexo opuesto, en particular las mujeres que se niegan a ser vistas por los enfermeros / médicos), la percepción de juicio por parte del proveedor de salud, o el exceso de trámites para obtener la atención.

Si bien este modelo es útil para identificar barreras y factores asociados al acceso y uso de los servicios de salud en general, debe ser complementado con modelos que orienten las estrategias de intervención en ámbitos específicos de la salud materno infantil, y cómo éstas deben implementarse para mitigar o reducir las barreras y los factores identificados en el modelo de las cuatro A, tomando en cuenta las particularidades propias de cada ciclo de vida y problemática de salud y en especial en lo que se refiere a complicaciones obstétricas y neonatales por un lado y a la salud y nutrición en la infancia, por otro lado.

El programa plantea una intervención integral con un primer componente de financiamiento para la extensión de la cobertura de servicios esenciales para mejorar el estado de salud (y nutrición) de la mujer con énfasis en la salud materna (que incluye la planificación familiar), ymejorar la salud de la niñez. A continuación se presenta la relación y evidencia entre estas intervenciones o prestaciones y el estado de salud (y nutrición).

La fuente “definitiva” en términos de evaluación de efectividad y costo-efectividad en Salud es el libro de Disease Control Priorities in Developming Countries (Jamison, Dean T. et al. para la serie, y Black, Robert, E., para el volumen 2 sobre salud Reporductiva, materna, del recién nacido e infantil (abril 2016). Se trata de un esfuerzo de varias instituciones e investigadores, coordinado desde el Banco Mundial y la Universidad de Washington), cuya tercera edición (DCP3) está en proceso de publicación. Ver [www.dcp-3.org](http://www.dcp-3.org) y <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23833> .

**Porqué integrar nutrición y salud?** El círculo vicioso entre desnutrición y salud consiste en que la desnutrición provoca mayor propensión a contraer infecciones y ésas exacerban la desnutrición. La falta de búsqueda oportuna de atención aumenta el riesgo de enfermedades prevenibles produciendo morbilidad severa y muertes evitables. Fuentes como INIDE ENDESA 2011-2012 y Black RE et al., *Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low and Middle Income Countries*, Lancet 2013 confirman y presentan datos sobre esta relación desnutrición-salud.

En cuanto al **modelo de la desnutrición de UNICEF**, se basa en una cadena de causas interrelacionadas en las que intervienen conocimientos y prácticas inadecuadas, falta de acceso a alimentos, falta de sistemas sanitarios y de saneamiento adecuados, sistemas políticos, económicos y culturales limitantes. Dentro de este conjunto de causas se destacan la falta de acceso a servicios de consejería nutricional y de suplementación como áreas de oportunidad por parte de los servicios de salud.

**Cómo incidir en enfermedades crónicas de manera preventiva, y en áreas donde todavía las enfermedades transmisibles y afecciones nutricionales y del período perinatal son excesivamente altas?** Pero la mala nutrición en los primeros años de vida, que a menudo se origina en la mala nutrición de la madre, también constituye un factor de riesgo de salud para la adultez, ya que está documentado que la misma afecta el desarrollo del metabolismo y está asociada con una mayor propensión al sobrepeso y/o a enfermedades metabólicas como la Diabetes Melitus tipo II (DM2) y la hipertensión arterial. Evidencia de esa relación ha sido documentada por ejemplo en: [*Early Life Factors and Type 2 Diabetes Melitus*, Xinli Jiang et al.. Journal of Diabetic Research](http://dx.doi.org/10.1155/2013/485082), 2013.

**Cuales son las intervenciones de costo-efectividad reconocida para disminuir la morbilidad y mortalidad severa materna y neonatal?** El análisis de los factores que aumentan el riesgo de mortalidad materna y de mortalidad neonatal está desarrollado en MINSA, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2008, donde se presentan los datos epidemiológicos y de condiciones socio-demográficas que demuestran como factores de riesgo más relevantes de la mortalidad materna:

La desnutrición, la fecundidad precoz, la multiparidad, el bajo uso de servicios – asociado a barreras geográficas (ruralidad) y culturales. Ver. ENSSR, p.20.

En cuanto a la mortalidad neonatal, los mismos factores se repiten, con mucha relevancia en la edad de la madre, correlacionada no solamente con factores biológicos, sino con la no búsqueda de atención, sea en un afán de esconder un embarazo no deseado, o por temor a al maltrato o discriminación en los servicios – dimensiones que relacionadas con la calidad. (ENSRR, p.21.)

El **modelo de la maternidad segura** descansa en cuatro pilares básicos que enmarcan intervenciones altamente efectivas en cada una de las etapas del ciclo reproductivo (salud de la mujer, salud de las madres y salud de los recién nacidos) y bajo el enfoque del continuo de la atención. Los cuatro pilares son: (i) planificación familiar; (ii) atención prenatal; (iii) atención del parto limpio y seguro; y (iv) cuidados obstétricos y neonatales de emergencia.

En cuanto al bajo uso de servicios y su relación con la mortalidad materna, ha sido establecido que al surgir una emergencia en el embarazo y parto, el resultado es determinado en gran parte por la oportunidad o falta de oportunidad (demora) de tres eventos**, teoría conocida como “de las tres demoras”** recogida originalmente en: *Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context*, Thaddeus S. and Maine D., 1994. El **Modelo de las Tres Demoras** permite entender y dar respuesta a los factores condicionantes que limitan el acceso a los servicios de salud en situación de emergencia obstétrica y neonatal. Las tres demoras son: (i) Demora en reconocer complicaciones y en la toma de decisión de búsqueda de atención médica; (ii) Demora en la llegada a una unidad de salud con la resolución correspondiente; y (iii) Demora en recibir una atención de calidad.

En el marco de estos modelos se introducen como parte de las intervenciones, propuestas operativas innovadoras que están dirigidas a reducir las barreras y modificar los factores que han sido identificados y asociados a limitar el acceso y uso de los servicios materno infantiles, a continuación se enlistan las más importantes:

* Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos. ECMAC – continuación de la 1era operación, pero ampliando cobertura.
* Prevención del embarazo en la adolescencia.
* Estrategia de implementación de Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios. – continuación de la 1era operación, pero ampliando cobertura.
* Estrategia de Casas Maternas. – continuación de la 1era operación, pero ampliando cobertura.
* Manejo del recién nacido en la comunidad.
* Programa Comunitario de Salud y Nutrición.
* Sistema de información comunitario.
* Sistema de Aseguramiento de la Calidad.
* Desarrollo de competencias en el personal de salud y personal comunitario.

Los modelos que conforman la teoría de cambio de este programa se implementarán bajo un enfoque sistémico, de forma interrelacionada entre si, incluyendo las intervenciones consideradas en los componentes relacionados con capacidad del recurso humano – especialmente clínica, capacidad física (infraestructura y equipamiento), capacidad de gestión.

# El modelo de Salud y las Estrategias de Intervención apoyadas por el Proyecto.

La presente sección resume el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), marco de la política y estrategias del Ministerio de Salud de Nicaragua, y que, como tal, enmarca las intervenciones apoyadas por el Banco en Nicaragua.

1. **El MOSAFC en el marco del apoyo del Banco.**

Con el objetivo de mejorar la equidad y reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud, desde el año 2007 el Gobierno de Nicaragua estableció un modelo de atención en salud denominado “Modelo de Salud Familiar y Comunitario” (MOSAFC), basado en servicios integrales en salud y una gestión desconcentrada de los servicios a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS). Este nuevo modelo de atención retoma como principios la universalidad y gratuidad de los servicios del MINSA, buscando de manera general hacer mejores y más eficientes los servicios de salud con el fin de mejorar la calidad y contribuir con la equidad de los servicios y mejorar la satisfacción de los usuarios.

El MOSAFC es un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de salud promoviendo el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de prestación de servicios, articulando los servicios del primer nivel con los establecimientos de mayor complejidad en redes integradas y promoviendo la participación de la población en el abordaje de los problemas de salud y el empoderamiento en el desarrollo de las intervenciones en salud a través de estrategias comunitarias complementarias y de apoyo a los servicios de salud.

El MOSAFC, enfatiza actividades de promoción, prevención y atención básica, además de la extensión de cobertura de servicios de salud con prioridad en las áreas de mayor pobreza. El MOSAFC ha generado una nueva organización de las unidades de salud que buscan mejorar la calidad y cobertura, de esta forma se desarrollan dos tipos de acciones: i) acciones en los establecimientos de salud y ii) acciones a nivel comunitario, donde la comunidad organizada juega un importante rol como protagonista de la salud de su comunidad, apoyando a los equipos de salud en acciones de promoción y prevención.

En relación con la salud materno infantil, y en particular en su abordaje en las poblaciones más pobres y dispersas, el MOSAFC impulsa, por el lado de los establecimientos de salud, acciones para mejorar la oferta de servicios asegurando la provisión de servicios bajo principios de universalidad y gratuidad; por el lado de la comunidad desarrolla desde los servicios actividades extramuros que incluyen una serie de estrategias comunitarias que tienen como objetivo transferir conocimientos y generar actitudes y prácticas saludables y protectoras de la salud, así como hacer más accesible la oferta de los servicios de salud para brindar atención oportuna a problemas de salud y a complicaciones que ponen en riesgo la vida de las personas.

Con este programa, en el marco del MOSAFC se consolidarán las intervenciones desde la comunidad iniciadas en la primera operación de la ISM y la operación de Corredor Seco:

* Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).
* Incentivos a embarazadas para el control prenatal de calidad y parto institucional.
* Los Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios (ASSBC).
* Fondos Semillas vinculados a los ASSBC.

Se implementarán también intervenciones diseñadas en la primera operación:

* Manejo del Neonato en la Comunidad (MNC).
* Sistema Comunitario de Información (SICO).

Y se diseñarán e implementarán nuevas intervenciones que atenderán problemas de salud identificados a partir de los resultados de la línea de base:

* Desarrollo de competencias en los equipos locales de salud y equipos comunitarios de forma integrada,
* Acciones comunitarias para la prevención del embarazo en adolescentes.
* Desarrollo estrategia de casa matera y su rol en el cambio de papel de la partera.
* Implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).

Una parte de las intervenciones persiguen focalizar esfuerzos en problemas de salud que afectan el ciclo de vida, de forma complementaria a las intervenciones intramuros de los servicios de salud, otras son de carácter sistémico y cruzan de forma transversal en el ciclo de vida. En la siguiente tabla se organizan las intervenciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOSAFC** | | |
| **Intervenciones por ciclos de vida** | | **Intervenciones sistémicas** |
| Preconcepción | ECMAC, Prevención embarazo adolescente, protocolo de atención del recién nacido en la comunidad. | ASSBC, Fondos Semillas, SICO |
| Embarazo y parto | Incentivos, Casa Materna |
| Recién nacido | Manejo del recién nacido en la comunidad |
| Infantil y niñez | Programa Comunitario de Salud y Nutrición  (PROCOSAN)  =Vigilancia y consejería nutricional en la comunidad para embarazadas  +  Vigilancia y consejería nutricional en la comunidad para menores de dos años  +  Manejo comunitario de casos de enfermedades más prevalentes de la infancia |

1. **Estrategia: Prevención del Embarazo en la Adolescencia**

Uno de los principales problemas de salud pública en Nicaragua es el embarazo en adolescentes y pre adolescentes. Aunque no se ha estudiado a detalle la situación de los preadolescente, según la ENDESA 2011-2012, el 27,4% de las mujeres entre 15 y 19 años del área rural ya tienen hijos o estaban embarazadas en el momento de la encuesta y ese porcentaje es más alto en los municipios más vulnerables que atiende la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Ejemplo de ello es el Municipio de San José de Bocay en Jinotega, donde el 33% de los embarazos del 2013 fueron en adolescentes de 12 a 19 años.

**Objetivos:**

Objetivo General: Contribuir en la reducción del embarazo adolescente en el municipio de más alta incidencia en cada SILAIS protagonista de SM 2015, a través de la implementación de las normativas 126 (Manual de capacitación en SSR para adolescentes) y 127 (guía para organizar los círculos de adolescentes y formación de promotores de pares).

**Objetivos Específicos:**

1. Mejorar las competencias del personal de salud para la atención integral de adolescentes.
2. Fortalecer la estrategia de círculos de adolescentes en municipios priorizados.
3. Implementar acciones de entretenimiento educativo para la promoción y prevención del embarazo en adolescentes rurales.
4. Mejorar los conocimientos de los adolescentes rurales en temas de SSR incidiendo para que a mediano plazo mejoren sus actitudes y desarrollen prácticas saludables de SSR.
5. Fortalecimiento de la Iniciativa 0-20 a través de la formación y seguimiento de promotores adolescentes para las actividades educativas, de referencia a las unidades de salud y de distribución de anticonceptivos entre pares.

**Principales Actividades:**

Implementación de la normativa 126 (Manual de capacitación en SSR para adolescentes) y 127 (guía para organizar los círculos de adolescentes y formación de promotores de pares) en 1 municipio por SILAIS.

Desarrollo de un Plan de Capacitación dirigido al personal de salud de los municipios priorizados en temas de Atención a adolescentes, SSR y Técnicas de Educación Participativa.

Formación de promotores adolescentes para desarrollar habilidades y destrezas en la realización de las actividades con sus pares en la comunidad.

Desarrollo de un Sistema de Información para las actividades con adolescentes, definición de formatos de registro, análisis, interpretación y divulgación de las actividades realizadas en las Unidades de Salud y la comunidad para la atención de adolescentes.

Implementación o fortalecimiento de la Iniciativa 0-20 mediante la capacitación a personal de salud y promotores adolescentes.

Realización de actividades entretenimiento educativo como video foros y actividades lúdicas en comunidades por municipio donde existan promotores adolescentes y comunidades con ECMAC.

Realización de Foros de intercambio de experiencias con adolescentes del área urbana y rural (2 por municipio).

Establecimiento de alianzas y coordinaciones con el Ministerio de Salud para la Capacitación a docentes de educación primaria y secundaria en temas de SSR para la implementación de la "Guía Integral de la Sexualidad"

1. **Estrategia Nacional Casas Maternas.**

**Propósito y objetivos**

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública en Nicaragua, y el gobierno ha orientado la urgente necesidad de impulsar estrategias innovadoras que propicien la responsabilidad social compartida por medio de la participación de la comunidad organizada, las parteras y los gabinetes de la familia comunidad y vida. En este contexto se implementa la Estrategia Nacional Casas Maternas, que asegura a las mujeres el acceso oportuno a los servicios de salud materna infantiles con un abordaje integral tal como se establece en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

Las Casas Maternas constituyen una de las principales estrategias de salud pública para contribuir a mejorar el acceso a los servicios de atención del parto asistido, humano y culturalmente aceptado por las mujeres rurales. El propósito es alentar a las familias y a la comunidad para que la mujer embarazada acuda 15 días antes de su fecha probable de parto y se aloje en casa materna más cercana a su comunidad a la espera de su parto, en la instalación de salud contigua a la casa materna. El objetivo es lograr una maternidad segura, que incluye además la observación de la madre – hija/o al menos 3 a 5 días post parto.

EL objetivo superior de la estrategia es reducir la mortalidad materna, perinatal y neonatal, promoviendo acciones que incrementan la cobertura, el espaciamiento del próximo parto, la atención antes del parto, el parto limpio y seguro y el acceso a los cuidados obstétricos esenciales, así como el fomento de la toma de decisiones informadas.

En la casa materna son gratuitos todos los servicios de la maternidad segura: alojamiento, alimentación, educación y servicios integrales de salud de la madre y la/el recién nacido. Además con la operación ISM se colocan incentivos para transporte, alojamiento y canastillas de las mujeres rurales, que ha permitido de forma ascendente incrementar el número de partos rurales atendidos.

En el acompañamiento de las embarazadas hacia las casas maternas participan la familia y la comunidad y se desarrolla particularmente en zonas rurales del país. La presencia de las mujeres en las casas maternas constituye una gran oportunidad para brindar una serie de actividades educativas, se enseñan cinco temas claves relacionados a los cuidados sexuales y reproductivos de la mujer, la / el recién nacido y la familia, bajo un enfoque socio cultural.

La estrategia ha permitido restituir derechos humanos bajo un enfoque de género, superando las barreras de acceso en miles de mujeres residentes en comunidades lejanas, donde antes del 2007 la tasa de partos domiciliares eran altas. De forma progresiva se han instalado casas maternas y se ha reducido la mortalidad domiciliar. En 2007 había 50 casas maternas y al finalizar 2014, funcionaban 159 casas maternas a nivel nacional, de las cuales 40 se ubican en los 19 municipios protagónicos de ISM, y 30 adicionales en el resto de municipios hacia los 54 priorizados en la presente operación.

**Marco Conceptual**

Las casas maternas se desarrollan en el marco del modelo análisis de las demoras para el riesgo de complicarse o morir por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. Este Modelo señala que las causas relacionadas a la familia: 1) Factores culturales que determinan roles de la pareja y la familia que demoran la decisión de buscar ayuda ante una señal de peligro; 2) difícil acceso geográfico a los servicios y deficientes medios de transporte colectivo; 3) Las mujeres y familias desean obtener ayuda y necesitan un lugar de estancia.; 4) Los servicios de salud en proceso de mejorar la calidad de los servicios en el marco del Modelo de Salud.

La Estrategia de Casas Maternas en Nicaragua, se ha venido fortaleciendo debido a que se ha demostrado que es una estrategia que salva vidas, se están potenciando las capacidades de las mismas, mejorando la infraestructura y transformándolas en centros formadores para parteras, como una nueva estrategia que persigue adiestrar a las parteras como consejeras en sus comunidades, educando a las mujeres y promocionando la utilización de las CM en las mujeres y sus familias, potenciando el reconocimiento y el liderazgo que por años han tenido las parteras en sus comunidades.

**Componentes y líneas de acción**

Está desarrollado mediante tres componentes, complementarios, coordinados y armonizados: atención, provisión, gestión.

El componente de atención establece la población objeto de la estrategia, la definición de los servicios, los ambientes en que se brindan y las normas de organización y funcionamiento. De acuerdo a los ciclos de vida, la población objeto de la estrategia son las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos.

Con respecto a la definición de los servicios, el marco de actuación son los cuatro pilares de la maternidad segura; promoción de la planificación familiar, atención prenatal de las últimas dos semana previos al parto, promover el parto limpio, para que el establecimiento de salud brinde los cuidados obstétricos. La casa materna es un lugar de estancia para el alojamiento y reposo, vinculado con la atención médica diaria promoción a la salud y nutrición, consejería sobre planificación familiar, lactancia materna e higiene.

La atención de salud tiene una expresión institucional y una expresión comunitaria constituida por las parteras, brigadistas y líderes comunitarios organizados. Además se ha delegado una enfermera obstetra que coordine las acciones de las casas maternas.

El componente gerencial, permite el monitoreo y evaluación: Sistema de información, seguimiento a indicadores; equipamiento, desarrollo del talento humano comunitario.

**Implementación de la Estrategia y de las Líneas de Acción**

La Estrategia casas maternas es implementada a través del personal de salud y las redes comunitarias; desde la captación del embarazo, se registra en el censo gerencial de la embarazada y se invita a las mujeres a realizarse parto institucional. Por norma cada semana se lleva monitoreo del censo gerencial donde se identifican sistemáticamente las mujeres próximas a parir las cuales se visitan por los equipos de salud y la comunidad para que acudan a las casas maternas. Las redes comunitarias en especial a las parteras acompañan al MINSA en las visitas y en su labor de cuidados de partería desde inicios del embarazo.

Se promueve el respeto a la interculturalidad, la humanización de la atención, el parto acompañado, el vínculo con la comunidad y con los gobiernos locales, que en el marco de las alianzas para la prosperidad han construido más de 50 casas maternas en el último año con fondos de las alcaldías.

Se diseñaron un conjunto de materiales educativos de acuerdo a las necesidades culturales de las mujeres y apoyar la estrategia educativa.

Para acelerar la reducción de la Mortalidad materna y neonatal se desarrolla el Reto 7. “Las casas maternas funcionan como centros de intercambio de saberes entre las parteras y el MINSA”. Para lo cual se realiza un proceso permanente de multiplicación de parteras consejeras capacitadas, donde cada municipio adecúa el Plan a sus particularidades socioculturales y étnicas.

La finalidad es que las parteras y el personal de salud fortalezcan las acciones complementarias para salvar vidas y el desarrollo de las acciones de promoción de la salud de la madre y el recién nacido/a. El MINSA reconoce su roll protagónico dentro del MOSAFC y en el rescate de la medicina ancestral, se establecen coordinaciones efectivas con el personal de salud para el seguimiento comunitario de las embarazadas.

1. **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)**

**Propósito y objetivos**

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud implementa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), el cual enfatiza en la promoción de la salud, abordando a los individuos, la familia y la comunidad de acuerdo a sus necesidades en las diferentes etapas del ciclo de vida.

La Planificación Familiar constituye uno de los pilares esenciales para la disminución de riesgos durante la reproducción, ya que permite la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la prevención de embarazos no deseados y no planificados considerando los enfoques de género e interculturalidad.

La accesibilidad a los métodos anticonceptivos es menor en las zonas rurales, según la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011 / 2012, aunada a la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos por la inaccesibilidad geográfica, cuya población se concentra en los SILAIS Jinotega, Matagalpa, RAAN y RAAS.

El Ministerio de Salud, ha implementado en el país la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) para lograr un mayor y mejor acceso a los servicios de Planificación Familiar principalmente en áreas rurales y de difícil acceso, aunque también se desarrolla la estrategia en áreas urbanas, donde las barreras culturales y socioeconómicas impiden el acceso a este servicio.

La estrategia se organiza desde los servicios de salud más próximos a las comunidades, desde donde se identifican, capacitan y organizan los consejeros (que son voluntarios) en ECMAC y tendrán la función de brindar información y consejería en la comunidad, a hombres y mujeres, y ofertar los métodos de planificación familiar. La estrategia se suma a las intervenciones que forman la plataforma comunitaria que se promueve a través del MOSAFC para complementar la prestación de los servicios de salud.

El Objetivo de la ECMAC es Mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres, hombres y adolescentes que habitan en comunidades y barrios con dificultades de accesibilidad para recibir atención integral en los servicios de salud.

Los objetivos específicos están dirigidos a (i) Facilitar información y educación sobre servicios de planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos a mujeres y hombres de comunidades o barrios con dificultades de acceso a los servicios de salud, (ii) Entregar métodos anticonceptivos a usuarios procedentes de comunidades y barrios que tienen dificultades de acceso a los servicios de planificación familiar, (iii) Estimular la participación comunitaria para el mejoramiento de los indicadores de salud y la sostenibilidad social de la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos y (iv) Fomentar la participación y la corresponsabilidad de los hombres en el cuido a la salud de las personas de su entorno familiar, en la reproducción y en sus prácticas sexuales.

**Procedimientos y Acciones de la estrategia**

La estrategia de ECMAC se rige bajo los principios y valores del Plan Plurianual 2011-2015[[2]](#footnote-2) y su implementación responde a las prioridades y retos del sector salud (número uno y cinco[[3]](#footnote-3)). Para potencializar los recursos y maximizar los resultados, el país cuenta con una participación decidida de la población organizada en sus Gabinetes de la Familia Comunidad y Vida.

La estrategia está sustentada en el Manual para la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos ECMAC, normativa 099, que consiste en la guía de capacitación con sus herramientas o ayudas metodológicas para desarrollar el proceso de capacitación al personal de salud y consejeros comunitarios y un material de consulta para consejeros de planificación que incluyen contenidos teóricos sobre el tema, pasos para la implementación, roles y funciones, tanto del personal de salud como del consejero comunitario.

Para el logro de los objetivos se establecen las siguientes acciones:

*Capacitación al personal de salud.* A nivel de personal de SILAIS, Municipio y Centros y Puestos de salud involucrados. Constituye la primera actividad organizativa de la ECMAC que incluye el estudio de la estrategia, además permite el fortalecimiento de las capacidades en los temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos de acuerdo a la normativa vigente en el país, organización y gestión comunitaria, consejería, atención integral a los adolescentes, con enfoque de género e interculturalidad así como acciones de monitoreo y supervisión de las acciones que se desarrollen en la ECMAC.

*Selección de barrios y comunidades.* Por los equipos de salud en coordinación con los responsables de SILAIS. A través del Diagnóstico de Salud Comunitaria del Modelo de atención en salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), se identifican las comunidades y 7 o barrios con problemas de accesibilidad de servicios. Este diagnóstico incluye criterios demográficos y geográficos, entre los cuales podemos valorar población en general, número de mujeres en edad fértil, porcentaje de embarazos en adolescentes, distancia y accesibilidad, aspectos sociales, género e interculturalidad.

*Visita de confirmación de la comunidad.* Por el Equipo de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC o personal de salud que atiende la comunidad). La visita se realiza con el propósito de realizar las coordinaciones con el comité de salud de la comunidad o los líderes comunitarios, a fin de dar a conocer los procesos, aprobar y apoyar la implementación de la ECMAC, selección de consejeros (al menos dos personas, un hombre y una mujer por comunidad o barrio). Esta reunión genera un acta de acuerdos suscritos, fechas de entrega del listado de mujeres en edad fértil con datos completos de identificación, para captación y visita domiciliar.

*Capacitación de consejeros y consejeras comunitarios.* Una vez confirmada la comunidad, se realiza la capacitación de consejeros y consejeras, de acuerdo a lo establecido en la normativa. La temática impartida está enfocada en importancias de Planificación Familiar y Métodos anticonceptivos, Mitos y tabúes en la PF y MAC desde la perspectiva de género, aspectos de violencia de género, alto riesgo reproductivo, enfatizando en la atención a adolescentes, uso de condón como método de protección dual, normas de almacenamiento, uso racional de insumos médicos. La capacitación contempla el uso de instrumentos y formatos que se deben usar en la estrategia, tal como el documento resumen, actas de entrega, reporte del consejero /consejera, referencia y contra referencia, funciones y disposiciones para el cumplimiento de la estrategia. Este proceso está programado para 4 días de 8 horas, con su respectiva evaluación tanto en los aspectos teóricos y de desempeño, esta última se lleva a cabo durante las visitas domiciliares en el territorio bajo la supervisión del ESAFC o personal de salud. El proceso de capacitación requiere de encuentros subsecuentes para el fortalecimiento de las capacidades. A cada consejero / consejera, una vez capacitado se les entregará un certificado y un carné para acreditarles como tales.

*Visita de Captación.* Efectuada por los consejeros y consejeras según el listado de MEF, quien convocará a una reunión en Casa Base[[4]](#footnote-4), a todas las personas que necesiten y tengan deseos de planificar. Otra forma de captar será mediante la visita casa a casa, mediante la cual brindará consejería sobre PF. Las personas captadas serán referidas al establecimiento de salud donde serán atendidas por el personal de salud y será enviada a su hogar con el MAC según el caso y la debida contra referencia al consejero o consejera para su seguimiento.

*Intercambio de información e insumos.* Se realizan sesiones de intercambio, entre el consejero y el personal de salud, en las cuales se debe informar y entregar insumos (MAC), de acuerdo a las necesidades verificadas con los censos y listado de personas ingresadas al programa de PF, se verifica el listado de MEF y sus posibles modificaciones y demás formatos de verificación. En estas sesiones se realizarán capacitaciones de acuerdo a las necesidades de los consejeros y consejeras.

*Seguimiento (monitoreo y evaluación). Análisis y diseminación de la información.* La estrategia establece indicadores de seguimiento y evaluación que deberán ser desarrollados por los diferentes niveles, tanto a nivel comunitario, municipal y de SILAIS y a nivel central. Una vez elaborada esta información se llevará acabo su análisis y propuestas de mejoras o ajustes de ser necesarias.

1. **Programa Comunitario de Salud y Nutrición. (PROCOSAN)**

**Propósito y objetivos**

El PROCOSAN es una estrategia que fortalece al Modelo de Salud Familiar y comunitario (MOSAFC), se basa en los “autocuidados” para niños en la familia, en la comunidad y se desarrolla particularmente en zonas rurales del país. Enseña hábitos nutricionales y estilos de vida que protegen y fomentan la salud y nutrición, contemplando la cultura e idiosincrasia de las comunidades. Está demostrado que es en el período de 6 a 24 meses de vida que se instala la desnutrición crónica en la mayoría de los niños que la sufren, como consecuencia hay pérdidas irreparables en la talla, capacidad intelectual y disminución del sistema inmunológico. Por lo tanto la prevención de la desnutrición debe ser un proceso que inicia desde el embarazo, haciendo énfasis en los cuidados en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años de los niños y niñas.

El propósito del programa consiste en “Proporcionar habilidades y destrezas a la comunidad que permita el cambio de actitud y comportamiento hacia el cuidado de la salud y nutrición de la niñez menor de 6 años, con especial énfasis en los menores de dos años, potencializando los recursos a nivel local.”

Los objetivos son: 1) Mejorar el crecimiento y promover un estado nutricional adecuado en la niñez menor de 6 años, con énfasis en los menores de 2 años, mediante el fomento de una tendencia del crecimiento adecuada, y la promoción de prácticas de cuidados y alimentación, incluyendo la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada, 2) Disminuir la duración y severidad de infecciones diarreicas y respiratorias mediante consejería oportuna sobre manejo casero y tratamiento de las enfermedades y el apoyo nutricional adecuado, así como la referencia oportuna a las unidades de salud, 3) Mejorar el estado nutricional de mujeres embarazadas, mediante consejería, suplementación de hierro y la referencia oportuna a servicios prenatales.

**Marco Conceptual**

El abordaje técnico y operativo del PROCOSAN se desarrolla en el marco del Modelo conceptual de las causas de la desnutrición. Este Modelo señala que las causas subyacentes e inmediatas a nivel del hogar: 1) Acceso insuficiente a alimentos; 2) Prácticas inadecuadas en el cuidado de madres y niños; 3) Servicios de salud y medio ambiente inadecuados, lo que se manifiesta en una ingesta alimentaria inadecuada y enfermedades. La ingesta adecuada de alimentos y los estilos de vida saludables, son condiciones fundamentales para lograr una buena salud y nutrición infantil. El sostén de las mismas, a nivel familiar está constituido por el acceso a los alimentos, las prácticas adecuadas en el cuidado de los niños y el saneamiento básico. Para ello se requiere que las familias se apropien de conocimientos a través de la negociación, que propicien en ellas actitudes positivas que las impulse a desarrollar prácticas adecuadas en beneficio de la salud y nutrición infantil tomando en cuenta sus recursos reales.

**Componentes y líneas de acción**

PROCOSAN está desarrollado mediante tres componentes, debidamente complementados e integrados: atención, provisión y gestión.

El componente de atención establece la población objeto de la estrategia, la cartera de servicios, los ambientes en que se brindan tales servicios y las normas. De acuerdo a los ciclos de vida, la población objeto de la estrategia son los niños menores de dos años, los menores de seis años y mujeres embarazadas y puérperas. Con respecto a la cartera de servicios, se incluyen aquellos definidos en vigilancia y promoción del crecimiento y debidamente organizada en procesos, tales como evaluación del crecimiento mediante la ganancia de peso mensual y tendencia del crecimiento, promoción a la salud y nutrición, consejería que fomenta prácticas alimentarias (incluyendo lactancia materna y alimentación complementaria), higiene, suplementación con micronutrientes y dar elementos a las familias para fomentar la estimulación oportuna de los niños; e identificación, referencia y manejo oportuno de las enfermedades. En el caso de las embarazadas se brinda seguimiento a la ganancia de peso mensual, la identificación de signos de peligro, consejería para el fomento de cuidados y prácticas alimentarias adecuadas tanto en el embarazo como en el parto y puerperio. Así mismo se promociona el plan de parto institucional y la planificación familiar.

La atención se brinda a nivel de la comunidad, mediante la implementación de la Norma 097, la cual se complementa con la Norma 029 de alimentación y Nutrición y Norma de Atención Integral a la Niñez.

El componente de provisión está definido por el suministro de suplementos de micronutrientes, medicamentos básicos de uso comunitario para tratamiento de la diarrea y neumonía y materiales de apoyo para la consejería. La atención de salud tiene una expresión institucional constituida por casas bases, puestos, centros y sub sedes de salud; y una expresión comunitaria constituida por las parteras, brigadistas y líderes comunitarios organizados.

El componente gerencial, permite el aseguramiento de que las intervenciones o líneas de acción del programa se operativicen adecuadamente. Esto es: programación de las actividades de arranque, sistema de información, monitoreo y evaluación – seguimiento a indicadores; equipamiento - define los equipos que se requieren para que puedan operar todas las intervenciones a nivel institucional y comunitario; desarrollo del talento humano -identifica las competencias que requieren los recursos humanos para implementar las intervenciones y los mecanismos mediante los cuales esta estrategia se implementaría.

**Implementación de la Estrategia y de las Líneas de Acción**

La Estrategia, con todos sus elementos, será implementada a través del personal comunitario previa capacitación por los facilitadores del personal de salud formados a nivel del municipio durante la primera etapa de capacitación los que también serán responsables de operativizar y dar seguimiento al proceso de monitoreo y seguimiento para garantizar calidad en el proceso de implementación.

El PROCOSAN fue diseñado para ser implementando prioritariamente en las áreas rurales de los 18 SILAIS existentes a nivel nacional. En el caso de la Costa Caribe, se implementa respetando la cultura de esta región, igualmente se diseñaron los materiales de acuerdo a las necesidades culturales de las etnias sujetas de intervención y del valor nutricional que tienen los alimentos que se producen en la zona.

1. **Estrategia: Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios**

**Propósito y objetivos**

Para hacer operativo el principio de participación comunitaria y la promoción del empoderamiento de las comunidades en la resolución de sus problemas de salud se ha diseñado e implementado una estrategia que consiste en negociar y establecer acuerdos entre las comunidades y sus establecimientos de salud para desarrollar acciones que promuevan la salud de la población en la comunidad. Estos acuerdos se han denominado Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios (ASSB-C) y están basados en la experiencia acumulada por el Ministerio en la ejecución de acuerdos sociales a nivel institucional, que se realizan anualmente con los diferentes SILAIS y sus unidades de salud.

El propósito de los ASSBC es implementar una herramienta comunitaria de gestión en salud, que incluye identificación de riesgos y acciones que promueven cambios de hábitos y conductas que tengan un impacto en la salud de la ciudadanía.

El Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar Comunitario se constituye en una herramienta para promover cambios en la situación de salud de las comunidades y se basa en la acción protagónica de los líderes comunitarios y de los ciudadanos.

**Objetivos:**

Mejorar los niveles de salud y bienestar de la comunidad, las familias que la integran y de sus miembros, en el marco del fortalecimiento de la organización comunitaria, como un aporte de la ciudadanía al desarrollo y consolidación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

Generar cambios sostenibles en hábitos y conductas de la población que contribuyan a preservar su salud.

Establecer compromisos institucionales que representan el protagonismo de los trabajadores de la salud, en las transformaciones sociales dirigidas al bienestar comunitario.

Expresar las responsabilidades que en forma compartida asume el tendido comunitario para promover una vida mejor entre las familias nicaragüenses.

**Marco Conceptual**

Nicaragua se constituye en un Estado Democrático y Social de Derecho, que promueve como valores superiores la dignificación del pueblo a través de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los Derechos Humanos, la ética y el bien común. Las ciudadanas y ciudadanos y la familia son elementos protagónicos en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos del Estado. La democracia se ejerce de forma directa, participativa, y representativa. La persona, la familia y la comunidad son elementos protagónicos del plan de desarrollo humano de la nación.

La ciudadanía se organiza en los Gabinetes de Familia, Comunidad y Vida y en diferentes movimientos sociales y forman un extenso tendido comunitario que fortalece el desarrollo del Modelo Cristiano, Socialista, Solidario del Poder Ciudadano, que trabaja como hormiga en el terreno.

En el marco de la implementación del Modelo de atención en salud implementado en Nicaragua, (MOSAFC), los Acuerdos Sociales conforman una herramienta complementaria, como parte del componente de gestión establecido en el Marco Conceptual del Modelo, donde se establece la participación ciudadana de forma activa en la realización de acciones de promoción y prevención de la salud que conlleva al empoderamiento de las comunidades y al fortalecimiento de la plataforma comunitaria.

**Componentes y líneas de acción**

Los ASSB-C contemplan un proceso ampliamente participativo mediante el cual, la comunidad, con apoyo del personal de salud (Equipos de Salud Familiar) identifica los principales problemas de salud y define planes sencillos de abordaje local para proteger y preservar la salud. Es a partir de estos planes que se identifican las principales acciones a incluir en el ASSB-C. La comunidad se compromete a realizar las acciones a su alcance para la promoción, protección y preservación de su salud, haciendo énfasis en la salud de la mujer y la niñez. Además brindan apoyo al desarrollo de otras estrategias dentro de la iniciativa SM2015.

Por su parte, el Personal de Salud, establece compromisos de facilitación de proceso a la comunidad y sus líderes para garantizar el éxito del ASSB-C (diagnósticos comunitarios y planes de acción, capacitación, organización comunitaria, referencia contrarreferencia, información comunitaria).

**Implementación de la Estrategia y de las Líneas de Acción**

La implementación de Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios se hará inicialmente en 19 Municipios que han sido seleccionados para ser protagonistas de la Iniciativa de Salud Mesoamérica, y con esta operación podrá extenderse en los 54 municipios priorizados, enfatizando a comunidades rurales.

En estos municipios se identificarán comunidades en las que el tiempo necesario para llegar al Centro de Salud (crono) es superior a las cuatro horas, que además tenga una población no menor de los 350 habitantes. En el caso de municipios cuyas comunidades no puedan cumplir ambos criterios se seleccionarán las comunidades seleccionando primero las que estén a menos de cuatro horas y tengan población mayor a los 350 habitantes y luego utilizando la población se puede disminuir el criterio del tamaño de la población hasta seleccionar el número de comunidades previsto. Estos criterios fueron definidos tomando en consideración la implementación de otras estrategias comunitarias, sobre todo la implementación de los vales, (para lo cual las comunidades seleccionadas deberían estar a una distancia mayor a cuatro horas del Centro de Salud), por otro lado, el criterio de cantidad de población fue definido por que en comunidades con menor población, existe en la mayoría de los casos en esas zonas, mayor dispersión poblacional lo que dificulta la organización comunitaria y por tanto la realización y firma de acuerdos sociales.

Un subconjunto de comunidades seleccionadas será incorporado a la modalidad de fondo semilla a la suscripción del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar de la Comunidad, a fin manejarlo como un fondo revolvente que a través de diversas actividades de la comunidad, se mantenga para apoyar las acciones de promoción, protección y preservación de su salud. Luego de acuerdo con una evaluación satisfactoria de dicho Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar de la Comunidad se les podrá financiar un pequeño proyecto comunitario a través de un Fondo de Innovación por una sola vez.

En el proceso de selección de comunidades deberán participar las organizaciones de la comunidad representadas a nivel municipal, así como los movimientos sociales del ámbito municipal, quienes harán propuestas de acuerdo con los criterios definidos. En el caso de los municipios de la Costa Caribe, tendrán activa participación los líderes coordinadores territoriales de los territorios indígenas.

Trimestralmente se hará una sesión conjunta entre los líderes de la comunidad y los miembros del Equipo de Salud Familiar para revisar el avance del cumplimiento del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar de la Comunidad, incluidas sus metas y el desglose trimestral de las mismas. Los resultados del cumplimiento de los indicadores se presentaran a toda la comunidad y actores sociales locales, mediante una Jornada de Análisis y Balance para obtener su valoración y recomendaciones. Este acto público se debe realizar de forma semestral.

1. **Sistema de Información Comunitario (SICO)**

**Propósito y objetivos**

El Ministerio de Salud en su calidad de rector implementa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario a fin de mejorar las condiciones de salud de las personas, la familia y la comunidad acercando los servicios, restituyendo derechos y fortaleciendo la participación ciudadana en las acciones de promoción y prevención.

Nicaragua, cuenta con el apoyo de una amplia red de agentes comunitarios en salud, conformada por 47,989[[5]](#footnote-5) líderes comunitarios organizados en Gabinetes del Poder Ciudadano, promotores, brigadistas, colaboradores voluntarios (Col Vol), Parteras y otros, quienes tienen presencia en el 100% de las comunidades del país en el área urbana y rural. Esta red comunitaria organizada ha permitido y facilitado la penetración a comunidades de difícil acceso, garantizando la atención oportuna a la población, priorizando a embarazadas, niñas y niños, adultos mayores y otras personas que por su condición, lo ameritan.

El Sistema de Información Comunitaria, está conformado por un conjunto de instrumentos que facilitan la planificación, ejecución, evaluación y control social de las acciones de promoción, prevención y atención que realiza la red comunitaria en sus territorios, en coordinación con el personal de salud. Este fortalecerá la articulación con la red comunitaria, la sinergia de las diferentes estrategias comunitarias y motivara a los voluntarios en el desarrollo de sus actividades[[6]](#footnote-6).

El propósito del Sistema de Información Comunitaria es la recolección, procesamiento, análisis y uso de la información de las actividades realizadas por los agentes comunitarios, optimizando de esta manera los recursos humanos disponibles en la comunidad y en los establecimientos de salud.

Los objetivos específicos se enfocan en: *(i) Fomentar la estandarización de los formatos de las estrategias comunitarios, así como, los mecanismos de recolección de información de las actividades realizadas en la comunidad para la toma de decisiones oportunas para la elaboración, ejecución y evaluación de planes de intervención en conjunto con la red comunitaria; (ii) Fortalecer la articulación con la red comunitaria para crear sinergia de las diferentes estrategias como; ferias comunitarias, sesiones de consejería y otras actividades contenidas en el plan comunitario de salud; (iii) Motivar a la Red Comunitaria en el desarrollo de sus actividades, la mejora en la planificación y seguimiento de las actividades; (iv) Proporcionar al personal de salud y a la Red Comunitaria elementos para realizar el control o auditoria social convirtiéndose en gestores activos de la salud comunitaria individual y colectiva; y (v) Asegurar el sistema de referencia y contrarrefencia comunitaria y la notificación obligatoria de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de atención, asi como la implementación de las diferentes estrategias implementadas a nivel de la comunidad (ECMAC, PROCOSAN, Plan Parto, etc)*.

**Procedimientos**

Integrar al Equipo de Salud Familiar y Comunitario el acompañamiento del Agente de la red comunitaria como lo estipula el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Brindar capacitación sistemática a los agentes comunitarios y actualización en las diferentes estrategias que implementa el Ministerio de Salud.

Planificar la realización de visitas domiciliares en coordinación con la red comunitaria, utilizando en caso necesario, la boleta de referencia y contrarreferencia, el registro diario y mensual de las actividades comunitarias realizadas, para reforzar conocimientos.

Vigilar la actualización permanente del censo de riesgo, censo de embarazadas, censo de habitantes por grupos etareos y mapeo comunitario.

Garantizar el procesamiento y análisis de la información recolectada por la red comunitaria.

Elaborar planes de mejora con base a los resultados obtenidos en el análisis de la información en coordinación con la red comunitaria.

Establecer encuentros de intercambio de experiencias en salud con la red comunitaria por sector.

Realizar encuentros evaluativos de las diferentes acciones de promoción y prevención de la salud realizada por la red comunitaria.

Todas las actividades realizadas a nivel comunitario se deben registrar en cinco (5) instrumentos, los cuales serán utilizados por los agentes comunitarios con el propósito de reportar de manera sistemática las principales actividades que realizan en sus comunidades, con el apoyo de los ESAFC. El manual 102 contiene la guía metodológica del análisis de la información, la cual está fundamentada en la identificación, caracterización y valoración sistemática y objetiva de la información de las actividades realizadas en la comunidad para la toma de decisiones oportunas.

Con la Operación, se trata de fortalecer la implementación del sistema de información comunitario ya existente, bastado en tecnología celular en comunidades rurales, como una herramienta auxiliar para fortalecer la vigilancia principalmente de la atención a la mujer (prenatal, parto y puerperio), atención infantil (neonatos y niños menores de cinco años), emergencias obstétricas y neonatales, posteriormente serán integrados aplicativos para notificar y registrar además enfermedades de notificación obligatoria y estadísticas vitales.

1. **Sistema de aseguramiento de la calidad del Ministerio de Salud.**

**Propósito y objetivos**

Los sistemas de aseguramiento y mejora continua de la calidad tienen como propósito emprender una serie de acciones mediante el desarrollo de metodologías y herramientas, que aplicados de forma sistemática y continua en los servicios de salud, permiten que la atención sea prestada de una forma eficaz y segura para la población, orientada hacia la satisfacción de la población y enmarcada en las normas del país.

Tomando en consideración la Política Nacional de Salud de Nicaragua, el sistema de aseguramiento de la calidad y seguridad del paciente, tiene el propósito de garantizar el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios y con ello contribuir a la mejora de la salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención, conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente, para brindar el máximo beneficio y satisfacción con el menor costo y riesgo posible.

**Objetivos**

1. Apoyar la implementación del Modelo de Atención en particular en lo referente al desarrollo de procesos de mejora continua de la calidad.
2. Desarrollar un marco normativo e instrumento homogéneo y de alcance nacional para el desarrollo de los procesos de mejora continua de la calidad.
3. Mejorar las competencias del personal de salud para la mejora continua de la calidad con énfasis en el personal vinculado a la prestación de los servicios.
4. Implementar estrategias operativas en los SILAIS y establecimientos de salud para desarrollar procesos de mejora continua de la calidad.

**Marco conceptual**

El abordaje técnico y operativo del sistema de mejoramiento de la calidad, se desarrolla en el marco las responsabilidades y funciones definidos para cada uno de los niveles de atención en el contexto del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)[[7]](#footnote-7). Cada nivel de atención, constituye un conjunto de acciones en salud, tanto para preservar la salud como para recuperarla, que utiliza métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas y, son puestos al alcance de todas las personas, las familias y comunidad.

Son funciones comunes a los tres niveles de atención las siguientes: (1) Desarrollo de funciones administrativas de planificación, organización, ejecución y control de las acciones en salud, en coordinación y corresponsabilidad con la familia, comunidad y demás actores sociales; (2) Coordinación con el resto de unidades de la red a través del funcionamiento de los establecimientos de salud en redes integradas que garantice la longitudinalidad de la atención y el fortalecimiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes; (3) Mejoramiento continuo de la calidad, mediante el intercambio de experiencias entre los niveles de atención, la capacitación de recursos humanos, y la gestión de nuevas tecnologías y (4) vigilancia de la salud.

El primer nivel de atención, aborda los problemas más frecuentes de la comunidad y proporciona servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan a la persona, la familia y la comunidad.

El segundo nivel de atención, es el nivel organizativo que brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel de atención. En este nivel se atiende a los usuarios con problemas de salud que por su complejidad y/o requerimientos tecnológicos (diagnósticos y terapéuticos) no pueden ser resueltos en el nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada.

El tercer nivel de atención, Es el nivel responsable de proporcionar servicios de salud en todas las sub especialidades médicas y quirúrgicas de alta complejidad, se identifican algunos servicios especializados en áreas importantes como: Cardiología, Oncología, Nefrología, Radioterapia, los que potencialmente a futuro pueden ser Institutos de Investigación.

A la vez el abordaje de la mejora continua implica la concepción de los tres niveles integrados en una red de servicios que brinda un continuo de atención y como tal asegura procesos de mejora continua en cada nivel y en el conjunto de las redes de servicios.

**Componentes y líneas de acción**

En el país se han llevado a cabo diferentes iniciativas de calidad en los servicios de salud, las cuales han llevado al desarrollo de instrumentos, metodologías y herramientas que se han aplicado de forma puntual y discontinua, por tanto las experiencias y avances en los servicios son diversos. En el marco de implementación del MOSAFC se ha llevado a cabo un esfuerzo por uniformar instrumentos y herramientas de apoyo a la gestión y a la mejora de la provisión de los servicios, iniciando con acciones orientadas al aumento de las coberturas. El MINSA encuentra oportuno comenzar a dirigir esfuerzos por los temas de calidad, y en ese marco se propone llevar a cabo procesos de mejora continua de la calidad en los servicios de salud, comenzando por el fortalecimiento del marco normativo instrumento a nivel nacional, el desarrollo de competencias y la implementación de acciones operativas de mejora a nivel local de los servicios de salud.

Por lo tanto, el aseguramiento de la calidad se desarrollará en base a tres componentes: desarrollo y/ o actualización de normas de atención, procesos operativos de medición de los estándares de calidad por medio de indicadores, desarrollo de habilidades de en el personal de salud para institucionalizar la medición de los estándares de calidad.

El desarrollo y consolidación de normas, se refiere a la elaboración de las normas que son necesarias pero que aún no han sido formuladas, así como la actualización de aquellas que han quedado en desfase. En ambas situaciones deben incluirse los estándares para la atención, indicadores y monitoreo.

Los procesos operativos para La medición de los estándares de calidad por medio de indicadores; se realizará tomando en consideración los procesos de atención de cada uno de los servicios brindados por ciclo de vida, con metas numéricas, considerando como base los datos existentes del desempeño actual para establecer comparaciones posteriores, con lo cual se podrá verificar si los cambios están dando como resultado mejoramiento en los procesos o si es necesario proponer cambios en los procesos para alcanzar el nivel de calidad que se requiere.

El desarrollo de habilidades consistirá en la capacitación en servicio y con enfoque de aplicación práctica, del personal de salud en dos niveles: un primer nivel de personal que se encargará de la supervisión y el monitoreo de la estrategia, y un segundo nivel de personal de salud operativo que se encargará de aplicar los estándares y mejoras detectadas en los procesos de análisis de la calidad.

**Implementación de la estrategia**

El sistema de aseguramiento de la calidad se realizará tomando como base las normas, guías y protocolos ya existentes en el Ministerio de Salud, sus estándares y sus indicadores. Para ello se contará con la asistencia técnica de un profesional de la salud, quien apoyará desde la Dirección General de Servicios de Salud, en primer lugar para revisar, mejorar y actualizar el marco normativo e instrumental, en segundo lugar para fortalecer las habilidades en temas de calidad en el personal de esa Dirección, posteriormente se llevará a cabo este mismo proceso a nivel de los SILAIS, hasta los niveles municipales.

Además se elaborará un plan de monitoreo sistemático para dar seguimiento a los resultados de la implementación de normas, guías y protocolos con el alcance de los indicadores establecidos para lograr cada estándar, elaborándose sugerencias y/o planes de mejora cuando así se requiera.

# Experiencia acumulada y enfoque programático de la cartera de programas

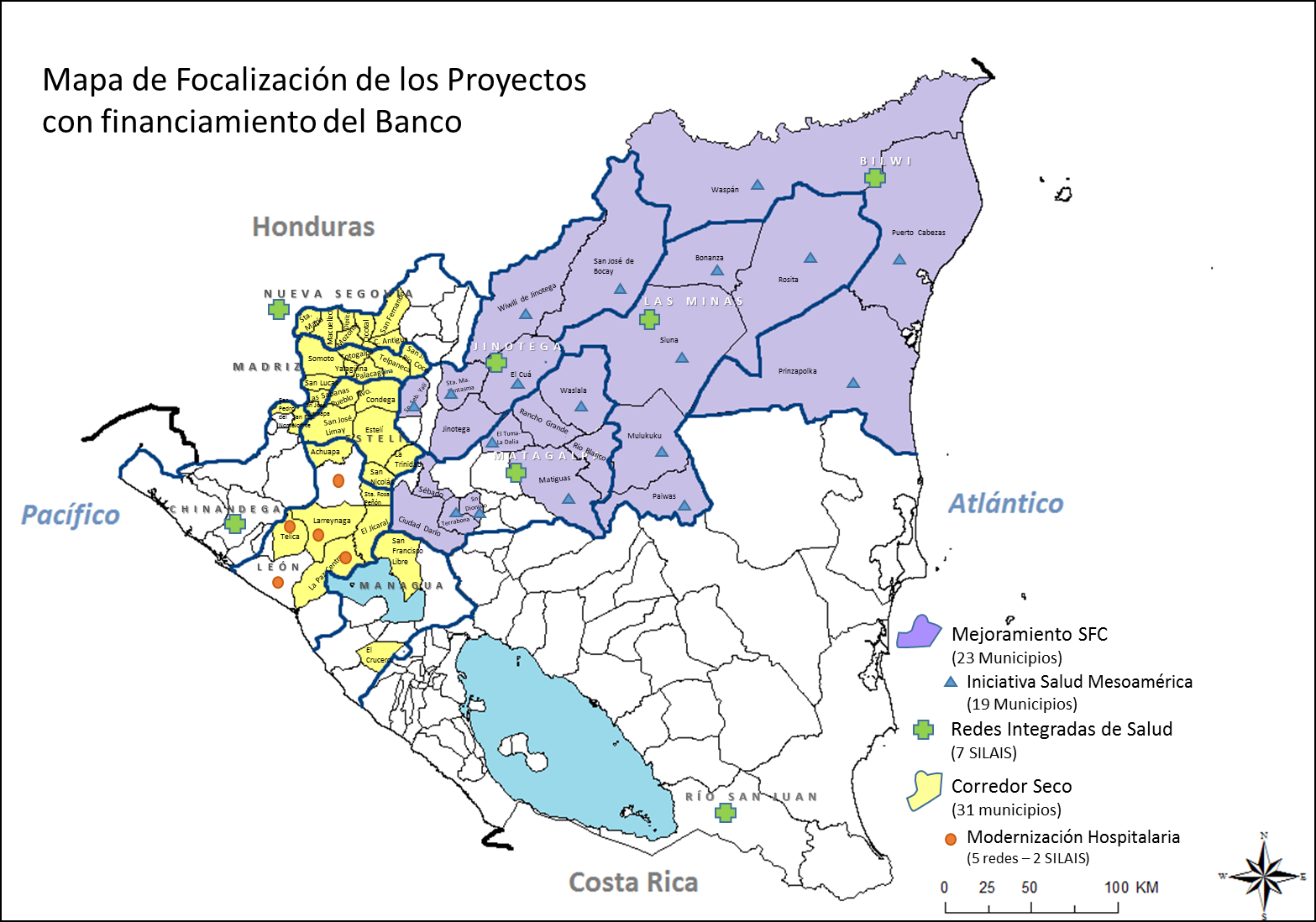
El Banco está apoyando al sector salud de forma creciente bajo las últimas dos estrategias con el País, al amparo de las cuales se aprobaron sucesivamente cuatro programas[[8]](#footnote-8) (figura 3):

(i) Mejoramiento de salud familiar y comunitaria (“Mejoramiento”) cuyo objetivo es mejorar la salud materna e infantil mediante un mecanismo innovador de transferencia al MINSA de un conjunto de servicios esenciales por persona atendida[[9]](#footnote-9). El programa de Mejoramiento es complementado por las operaciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), que promueven incentivos a la demanda y de aseguramiento de la calidad[[10]](#footnote-10),

(ii) Redes Integradas de Salud 2 (“RIS-2”), orientado al desarrollo de estrategias y normas de gestión del MOSAFC, y la implementación del Plan Maestro de Inversiones;

(iii) Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en las Comunidades de Corredor Seco que propicia una gestión más eficiente de los recursos humanos y

(iv) Modernización de la Infraestructura y Gestión Hospitalarias, que complementariamente con ISM apoya el mejoramiento de la calidad. El mapa a continuación refleja la focalización de la cartera.



Con cada nueva operación se construye un programa articulado e integrado que avanza para cerrar las brechas que rebasan el alcance financiero y temporal de cada operación individual. Entre 2012 y 2014, el programa de Mejoramiento financió la atención del 66% los partos esperados del área priorizada en unidades que ofrecen cuidados obstétricos de emergencia representando un aumento del 47% de esas atenciones. Ello se logró por la sinergia con el programa RIS bajo el cual, en 2014 se entregaron ocho casas maternas, siete nuevos PS, el remplazo de dos CS, cinco nuevos HP y la rehabilitación de tres hospitales de referencia. La evaluación de ISM reporta los avances en calidad[[11]](#footnote-11) producto de la misma sinergia: en 18 meses, el número de CS y hospitales del área focalizada con disponibilidad de todos los suministros exigidos por la norma de atención infantil incrementó de 63 a 100%. Aún con estos avances persisten brechas en cuanto a recursos humanos y red primaria: en el área priorizada solo un tercio de los ESAFC cuenta con los tres recursos previstos por el modelo y cerca del 30% de los sectores utilizan una casa base como sede.

***Fortalecimiento de los sistemas de apoyo a la gestión***

**Gestión, evaluación y diseminación**

***Ampliación de cobertura***

***Mejora de la infraestructura de la red de servicios***

***Mejoramiento gestión de recursos humanos***

**Administración, supervisión y evaluación**

**Fortalecimiento gestión de redes integradas**

**SILAIS priorizados**

**Mejoramiento de capacidad resolutiva en redes priorizadas**

**Los proyectos en Nicaragua tienen una lógica programática:**

**Componentes por proyecto**

**Administración, supervisión y evaluación**

**Extensión de cobertura servicios materno infantil en 22 Municipios RACCN, Jinotega y Matagalpa.**

**Fortalecimiento capacidad resolutiva en 22 mpios**

**Gestión, evaluación y diseminación**

**Nuevo HEODRA en funcionamiento**

**Resolución, gestión clínica y operativa de la red mejoradas**

**Administración, gestión y evaluación**

**Optimización recursos humanos p/ extensión**

**comunitaria**

**Extensión servicios comunitarios salud y nutri.**

**Municip. Corredor Seco**

*2016*

2014

2013

2011

**Aprobación:**

**Arranque:**

2012

2012

2013

2014

2015

**Redes Integradas de Salud**

**(NI-L1068)**

***Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales***

***(NI-L1095)***

**Mejoramiento de la salud familiar y comunitaria en municipios de alta vulnerabilidad social**

**(NI-L1054)**

**Fortalecimiento Salud Comunitaria y Extensión Servicios Salud y Nutri. Corredor Seco**

**(NI-L1081)**

**Modernización de la infraestructura y gestión de hospitales regionales y departamentales**

**(NI-L1082)**

**Lógica de Intervención reflejada en la Matriz de Resultados**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivo del Proyecto:** | Reducir las disparidades en salud, y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en SILAIS priorizados, específicamente ampliando y mejorando el acceso y la cobertura de servicios de promoción y atención a la salud de alta calidad bajo el MOSAFC. |

**Impacto Esperado**

| **Indicador** | | **Unidad de medida** | | **Línea de base** | | **Fuente Línea de Base** | **Metas** | | **Fuente Meta Final (medio de verificación)** | **Sustento de las metas**  **(evidencia referenciada en nota de pie de página)** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Valor** | **Año** | **Valor** | **Año** |
|  | **Impacto esperado: Estado nutricional de los niños mejorado.** | | | | | | | | | Las metas son relativas a los SILAIS priorizados, salvo indicación. | |
| Menores de cinco años con desnutrición crónica. | | Porcentaje | | 20,3 | 2011-2012 | ENDESA[[12]](#footnote-12) | 17,2 | 2020 | SIVIN  ENDESA | Las intervenciones del Programa están alineadas con las recomendaciones de las “Metas Globales de Nutrición”, que en 10 años buscan reducir en 40% la desnutrición crónica en niños menores de cinco años.[[13]](#footnote-13) | |
| Menores de cinco años con anemia. | | Porcentaje | | 38,8 | 2013 | Línea de Base ISM | 23,8 | 2020 | Evaluación ISM  SIVIN  Evaluación final | Se utilizó la línea de base de la ISM y la reducción es consistente con el compromiso adquirido en la ISM | |
|  | **Morbilidad severa en la niñez reducida.** | | | | | | | | |  | |
| Hospitalización por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años. | | Tasa de por 1.000 menores de cinco años. | | 8.34 | 2014 |  | 7 | 2020 | Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) del MINSA | Debido a las condiciones ambientales, de desnutrición, al retraso de búsqueda oportuna de atención y al tratamiento inapropiado, entre 15 y 19% de los niños con diarrea requiere hospitalización. La vacuna contra rotavirus reduce entre 25-40% las hospitalizaciones. Los avances en la cobertura de vacunas, el fomento de la demanda y mejoramiento de capacidades lograrán una reducción anual del 20% [[14]](#footnote-14) . | |
| Hospitalización por neumonía en menores de cinco años | | Tasa de por 1.000 menores de cinco años. | | 19,24 | 2014 |  | 12,7 | 2020 | Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) del MINSA | Se espera reducir en 33% en el periodo, sustentado en estudios del contexto de Nicaragua[[15]](#footnote-15). | |
|  | **Mortalidad materna reducida.** | | | | | | | | |  | |
| Mortalidad materna trienal | | | Muertes por 100.000 nacidos vivos | 43 | 2012-2014 |  | 39 | 2020  (2018-2020) | MINSA | Al existir una variabilidad en el indicador, especialmente si el ámbito considera un población pequeña, se debe utilizar un promedio de varios años seguidos que corrija esa variabilidad – por ello se utiliza la tasa trienal (promedio de tres años) al enfocarnos en siete SILAIS.  La meta se estimó a partir de la tasa anual de reducción histórica observada en el país entre 1995 y 2010 (1,024%), pero considerando que el ritmo de reducción futuro tiene que disminuir ya que las ganacias iniciales por ampliación de la cobertura de servicios ya han sido cosechadas, y que el margen depende de intervenciones de mucho mayor dificultad en su implementación, como es la mejora sostenida de la calidad de la atención. |
|  | **Embarazos no deseados reducidos** | | | | | | | | |  | |
| Nacimientos en adolescentes | | Tasa (%) | | 24,3 | 2011-2012 |  | 19,6 | 2020 | ENDESA[[16]](#footnote-16), | La meta se estimó proyectando cambios de amplitud mayor del 1,5 que es la tasa de reducción histórica del indicador de nacimientos entre adolescentes en los últimos 10 años (con datos disponibles, 1,483%). Se espera un ritmo mayor porque en estos municipios habra una intervención específica[[17]](#footnote-17),[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19). | |

**Resultados Esperados**

| **Indicador** | **Unidad de medida** | **Línea de base** | | | **Intermedio** | | **Meta final** | | | | **Medio de verificación** | **Observaciones** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Valor** | **Año** | | **Valor** | **Año** | **Valor** | | **Año** | |
| **Resultado esperado** **Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y maternidad segura mejorado** | | | | | | | | | | | | |
| Nacimientos en establecimiento que ofrecen cuidados obstétricos de emergencia. | Porcentaje | 71 | | 2015 | 73,5 | 2018 | 76 | 2020 | | | MINSA Oficina Nacional de Estadísticas y ENDESA | La meta de parto institucional planteada en los Programas de Mejoramiento y RIS-2 (75% en 2014) se rebasó. Ganancias adicionales en parto institucional son cada vez más complejas de lograr. Se plantea para comunidades rurales dispersas la accesibilidad a COEm dado que las complicaciones obstétricas en un 30% de los casos ocurren en mujeres sin riesgo obstétrico detectable. |
| Mujeres edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar. | Porcentaje | 14 | | 2011-2012 |  |  | 11 | 2020 | | | Evaluación final.  ENDESA | El ritmo de descenso ha sido 0,5% anual[[20]](#footnote-20). |
| **Acceso a información y educación en salud y servicios para los adolescentes.** | | | | | | | | | | | | |
| MEF adolescentes en unión con necesidad satisfecha de anticoncepción. | Porcentaje | 89 | | 2011-2012 |  |  | 92 | 2020 | | | Evaluación final.  ENDESA | Ritmo de aumento anual estimado 0,35% por ser alto el nivel de base. |
| **Cobertura de atención primaria a la niñez aumentada.** | | | | | | | | | | | | |
| Niños de 19 a 29 meses de edad que cuentan con su esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad. | Porcentaje | 87 | | 2011-2012 |  |  | 87 | | | 2020 | ENDESA  Evaluación final | Se alinea el rango de edad con el que se mide en las ENDESA.  Se espera mantener la cobertura en congruencia con el ritmo de crecimiento poblacional. |
| Niños menores de 24 meses atendidos con vigilancia nutricional comunitaria | Porcentaje | 11 | | 2015 | 16,7 | 2018 | 22 | | | 2020 | Evaluación Externa de Desempeño | La línea de base se refiere a la región de Corredor Seco. Se supone un ritmo de crecimiento de 15% anual secundario al crecimiento poblacional, al reintroducir una intervención comunitaria en el área de intervención. |
| Niños de 6 a 24 meses quienes recibieron micronutrientes diarios por dos meses en el año biológico | Porcentaje | 13,8 | | 2011 |  |  | 18,9 | | | 2020 | Evaluación Externa de Desempeño | El indicador está alineado con la norma de nutrición comunitaria, la suplementación con nutrientes combinados en polvo se introdujo desde 2014.  La línea de base se estimó a partir de la suplementación con Vitamina A en el área rural (ENDESA), se plantea alinear con el nivel actual en el área urbana. |
| **Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliada** | | | | | | | | | | | | |
| Brecha de personal asignado a los ESAFC en los SILAIS priorizados. | % | 20,31 | | 2015 |  |  | 11,70 | 2020 | | | MINSA (DGRRHH / DGSS / DGPD) | La reducción de la brecha se lograría mediante la asignación de personal nuevo contratado por la masa salarial liberada de los retiros, y con el aumento de presupuesto consignado en el Marco Presupuestario de Mediano plazo, dedicándole a los SILAIS priorizados no menos del 50% de las plazas nuevas. |

1. Hausmann-Muela S., Muela Ribera J. and Nyamongo I*. Health-seeking behaviour and the health system response. August 2003.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Desarrollo de una cultura nacional de promoción y prevención en salud, garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud de calidad y profundizar en las reformas sectoriales en salud. [↑](#footnote-ref-2)
3. Reto No.1: Identificar los niveles de resolución en cada sistema municipal tanto en aspectos epidemiológicos, docentes y de atención. Reto No. 5: Organizar los servicios de salud de acuerdo al estado de salud de la población y a las características epidemiológica de los municipios. [↑](#footnote-ref-3)
4. Según el MOSAFC, las Casas Bases, son establecimientos comunitarios que públicos o privados que actúan de forma complementaria en la resolución de los problemas de salud de las familias nicaragüenses. [↑](#footnote-ref-4)
5. FUENTE MINSA. [↑](#footnote-ref-5)
6. Normativa 102. “Manual del Sistema de Información Comunitario”. 2012. [↑](#footnote-ref-6)
7. Los niveles de atención son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas de salud (Lord Dawson of Penn). [↑](#footnote-ref-7)
8. (i) NI-L1054, ejecución 2011 – 2016, NI-G1005 2015-2017; (ii) NI-L1068 ejecución 2012 - 2017; (iii) NI-L1081, ejecución 2014 - 2017; (iv) NI-L1082, ejecución 2015-2020. [↑](#footnote-ref-8)
9. La transferencia se entrega al MINSA con la documentación nominal de atenciones trazadoras que no pueden ser repetidas e indican la culminación de otras atenciones (ej. “tercera dosis de Pentavalente”). [↑](#footnote-ref-9)
10. [Segunda Operación Individual ISM Propuesta de Financiamiento NI-G1005](PCDOCS://IDBDOCS/39273873/R), y [Enlace Opcional 4, Propuesta de Financiamiento NI-G1005](PCDOCS://IDBDOCS/39021830/R), BID 2014. [↑](#footnote-ref-10)
11. [Nicaragua Reporte, Encuesta a los 18 Meses](PCDOCS://IDBDOCS/40040106/R). ISM 2015 [↑](#footnote-ref-11)
12. Las Encuestas Demográficas y de Salud registran en su título el año de recolección de la información, cuando la recolección traslapó dos años, la ENDESA indica ambos. [↑](#footnote-ref-12)
13. Black, R. Maternal and child nutrition: building momentum for impact. The Lancet, 2013;(382):9890:372-375. [↑](#footnote-ref-13)
14. Enweronu-Laryea. Decline in severe diarrhea hospitalizations after the introduction of rotavirus vaccination in Ghana: a prevalence study. BMC Infectious Diseases. 2014;14:431. [↑](#footnote-ref-14)
15. Becker-Dreps S. Changes in childhood pneumonia and infant mortality rates following introduction of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in Nicaragua. J.Pediatr Infect Dis J. 2014;33(6):637-42. [↑](#footnote-ref-15)
16. INIDE, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12 Informe Final. [↑](#footnote-ref-16)
17. PATH/InterCambios, Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua: determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje. 2012. [↑](#footnote-ref-17)
18. International Interagency Meeting: Lessons Learned and Best Practices in Adolescent Pregnancy Prevention in Latin America and the Caribbean. 2014 Nicaragua. <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/Final-Report-Nicaragua.pdf>. [↑](#footnote-ref-18)
19. Cochrane reviews. Interventions for preventing unintended pregnancy among adolescents. <http://www.cochrane.org/CD005215/FERTILREG_interventions-preventing-unintended-pregnancy-among-adolescents>. 2016. [↑](#footnote-ref-19)
20. INIDE, ENDESA 2001, 2006/07, 2011/12. [↑](#footnote-ref-20)