Enlace Electrónico Opcional 3:

Fuentes de Información, Bibliografía y Antecedentes Técnicos y Esquema de Ejecución Multisectorial.

Contenido:

[I. Fuentes de información y datos del documento de Propuesta. 1](#_Toc496871201)

[II. Bibliografía. 2](#_Toc496871202)

[III. Políticas y estrategias del País que enmarcan el programa. 3](#_Toc496871203)

[IV. Lecciones relevantes de los programas de Salud con apoyo del Banco en los últimos 15 años. 14](#_Toc496871204)

[V. Esquema de ejecución propuesto. 16](#_Toc496871205)

[VI. Sondeo de emepresas para licitación de obras. 17](#_Toc496871206)

# Fuentes de información y datos del documento de Propuesta.

| **Pie de página** | **Refe.#** | **Referencia** |
| --- | --- | --- |
| (1) | 1 | Reporte de la Oficina Nacional de Estadisticas (ONE), Ministerio de Salud (MINSA), cálculo a partir de las estadísticas vitales. Año 2015. |
|  | 1 | Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los ODM*, 2015; |
| 2 | Ministerio de Salud (MINSA) Informe Gestión 2014, agosto 2015; |
| 3 | Instituto de Información de Desarrollo (INIDE) - *Encuesta Demográfica y de Salud 2011-12 (ENDESA)*, 2016; |
| (2) | 3 | *ENDESA 2011-12*, INIDE, 2016 |
| (4) | 4 | Brenneman, A. and Kerf, M. *Infrastructure & Poverty Linkages, A Literature Review*, 2002; |
| (5) | 5 | [*Nicaragua. Costo del Saneamiento Inadecuado*](https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/Economics-Sanitation-Nicaragua-Spanish.pdf), Banco Mundial, 2013. |
| (6) | 5 | [*Nicaragua. Costo del Saneamiento Inadecuado*](https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/Economics-Sanitation-Nicaragua-Spanish.pdf), Banco Mundial, 2013. |
| (7) | 6 | *NI-L1143,* [Apoyo a la formulación de intervenciones de Agua y Sanamiento](https://idbg.sharepoint.com/teams/EZ-NI-LON/NI-L1143/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=EZSHARE-656600206-10), Informe de Consultoría al Banco, Carmen Pong, Septiembre 2017 |
| (8) | 7 | *General Study of the Impact of Rural Roads in Nicaragua*, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), COWI *Consulting Group,* 2008. |
| (9) | 8 | R. Carvalho Pacagnella, J.G. Cecatti, M.J. Osis & J.P. [*The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework*](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2812%2939601-8)*.* 2012 |
| (10) | 9 | Documento de Marco Sectorial de Agricultura, p. 20, Cuadro IV-2. Lecciones aprendidas de los proyectos del Banco.  |
| 10 | Ayuda Memoria Misión de Administración Programa PASOS (2738/BL-NI), Julio 2015;  |
| 11 | Comunidades Solidarias, Documento de Programa, Gobierno de El Salvador, 2012. |
| (12) | 12 | Mantenimiento mayor consistente en aplicar una carpeta nueva de pavimento en toda la vía – requiere maquinaria y experticia avanzadas, mientras el mantenimiento básico solamente abarca un recuadro de carpeta nueva en un área específica dañada, y se puede realizar manualmente o con herramientas básicas.Véase [Análisis Ambiental y Social y Plan de Gestión Ambiental y Social – Mmto mayor tramo Quilalí – Wiwili](https://idbg.sharepoint.com/teams/EZ-NI-LON/NI-L1143/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=EZSHARE-1317179493-21) – MTI – Sept. 2017. |
| (13) | 13 | El Estudio se basa en la información de [CHOICE de la OMS](http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/results/amr_D/en/), que ha consolidado datos de efectividad (Años de Vida Ajustados por Discapacidad o AVAD, salvados) y de costos de distintas combinaciones de intervenciones, y en distintos niveles de desarrollo de los sistemas de salud. |
|  |  | [*An Impact Evaluation of Education, Health, and Water Supply Investments by the Bolician Social Investment Fund*](https://idbg.sharepoint.com/teams/EZ-BO-LON/BO-L1184/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=EZSHARE-1404194580-17) John Newman, et al., Banco Mundial, 2002 |

# Bibliografía.

Evaluación ex post del proyecto 649/OC-BR ([enlace A](http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38178766) y [enlace B](http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=40356412)). [Galiani et al., (2009)](https://idbg.sharepoint.com/teams/EZ-BO-LON/BO-L1184/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=EZSHARE-1404194580-18) examinaron los efectos de la expansión de la red de agua en asentamientos urbanos en Argentina y encontraron reducciones en la presencia, frecuencia y severidad de episodios de diarrea infantil. [Mascarini, M. L et al. (2009)](http://www.veracidade.salvador.ba.gov.br/v4/images/pdf/artigo1.pdf) encontraron reducciones similares en parasitosis intestinal en niños.

[Halcrow 2013. Plan de Manejo Ambiental de la Cuenca del Río Reconquista](http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38218169) –(Argentina).

Estudios formales de Lee et al. (1997), Shi (2000), Leipziger et al. (2003), Wagstaff and Claeson (2004), y Gamber-Rabintran et al. (2010).

Agua, agricultura y seguridad alimentaria en las zonas secas de Nicaragua. Bendaña García, G., 2012.

Asuntos de Familia, Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2015.

Diagnóstico de la zona de intervención - Programa de protección y conservación de la cuenca alta del río Coco con adaptación al cambio climático, en alianzas estratégicas comunitarias Dumazert P. Y Orozco P.P., 2017.

Diagnóstico de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de Nicaragua. Informe de Consultoría M. Cunningham, 2017

[Diez enfermedades transmitidas por vectores que ponen en riesgo a la población de las Américas](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9438%3A2014-10-vector-borne-diseases-that-put-population-americas-at-risk&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es); Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015.

Elaboración de escenarios climáticos actuales y futuros del proyecto “Enfoque territorial contra el cambio climático, medidas de adaptación y reducción de la Vulnerabilidades en la Región de Las Segovias, INETER, MARENA, con apoyo de PNUD y COSUDE, 2013.

Encuesta Demográfica y de Salud 2011-12, INIDE, 2016

Estrategia Operativa de Mejora Continua de la Calidad, Productos finales, Asistencia Técnica, MSH BID-ISM, 2016

Estudio sobre Barreras de Demanda y Oferta (IDBDOCS/36241487), 2012; ISM-BID.

*Health Effects of Drought: a Systematic Review of the Evidence.* Stanke C, Kerac M, Prudhomme C, Medlock J, Murray V. *PLOS Currents Disasters*. 2013 Jun 5. Edition 1

*Health Inequalities by Gradients of Acces to Water and Sanitation Between Countries in the Americas*, 1990 and 2010. Mujica Oscar et al, Rev. Panam. Salud Pública 38 (5), 2015

Informe de Monitoreo Externo de la Calidad – BID-ISM, 2016

Kuh D, Shlomo YB. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford University Press. Oxford England, 2005

Marco Sectorial de Salud y Nutrición, BID, 2016

Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) – I. Marco Conceptual; II. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector; III. Desarrollo Prospectivo de la Red. MINSA Nicaragua, 2008

[Optimizar las funciones de los Trabajadores de la Salud para Mejorar el acceso](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87848/1/9789243504841_spa.pdf)., OMS 2013.

Plan de manejo y gestión integral de la Subcuenca del río Inali con enfoque de adaptación al Cambio Climático, Alianza por la Resiliencia, 2014

Prioridades para la Salud y la Equidad – Antedentes técnicos del Programa NI-L1095. Informe de Consultoría al BID, S. Barría, 2016.

*Rural Water and Sanitation: Assessing Impact*, OECD, 2012.

# Políticas y estrategias del País que enmarcan el programa.

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 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).
* Acciones comunitarias para la prevención del embarazo en adolescentes.
* Desarrollo estrategia de casa materna 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.

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 pre adolescente, 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).

Desarrollo de un Plan de Capacitación dirigido al personal de salud 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.

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.

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[[1]](#footnote-1) y su implementación responde a las prioridades y retos del sector salud (número uno y cinco[[2]](#footnote-2)). 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[[3]](#footnote-3), 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.

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).

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)[[4]](#footnote-4). 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.

# Lecciones relevantes de los programas de Salud con apoyo del Banco en los últimos 15 años.

**Abordaje integral.** En la implementación del programa de Modernización Hospitalaria (1027/SF-NI) se identificó la necesidad de relacionar de forma clara las intervenciones sobre capacidades humanas (asistencia técnica, reformas, capacitaciones gerenciales y técnicas) y las relacionadas con la capacidad tecnológica, de infraestructura y equipamiento, toda vez que esa segunda no tiene ni viabilidad ni sostenibilidad en ausencia de recursos capacitados para operarla.

**Red integrada de salud**: Por otra parte, en esa operación (1027/SF-NI) surgió la necesidad de integrar también intervenciones en los distintos niveles de atención, ya que los componentes, hospitalario, y de atención primaria en el diseño original no estaban focalizados de forma consistente. En el componente de atención primaria (Fondo para la Maternidad Segura o FONMAT) que enfocó especialmente el tema de maternidad segura, se estableció esa lección de que la respuesta a la problemática de la morbi-mortalidad materna debe movilizar a todos los niveles de atención. Si bien en contextos de alta mortalidad materna y baja cobertura de servicios de promoción y primarios se logran amplias ganancias iniciales con enfocar intervenciones primarias y comunitarias, la atención de complicaciones, en especial no ligadas a factores de riesgos identificables, requiere de una buena oferta y acceso a servicios especializados. Ésa fue la premisa del primer programa por resultados aprobado por el Banco, el Programa de Mejoramiento de la Salud Materno Infantil (préstamo 1607/SF-NI), que enfocó indicadores de resultados de atención primaria y especializada; también es la premisa del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria, que abarca un paquete de atención primaria y secundaria, con cuidados obstétricos de emergencia, y, por supuesto de los Programa de Redes Integrales de Salud 1 y Redes Integradas de Salud 2.

**Claridad de resultados, enfoque en resultados** (PDL, RIS-1, NI-L1054, NI-G1001) El sector de Salud en Nicaragua implementó el primer programa en función de resultados (o *performance driven loan,* PDL) aprobado por el Banco (NI-L1001, 1607/SF-NI). Seis años después, la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 incluye en sus operaciones un tramo cuyo desembolso está sujeto – de la misma forma como el PDL, al cumplimiento de metas prestablecidas. En ambos casos, (i) el modelo de financiamiento basado en resultados ha permitido clarificar las reglas de funcionamiento entre los servicios y está permitiendo desarrollar procesos de mejora en las actividades que se realizan promoviendo sinergias entre las intervenciones, como el esquema de incentivos a embarazadas con casas maternas, el trabajo con parteras y los acuerdos sociales (SM2015), el proceso de planificación y reporte de la atención a lo largo de la red (PDL) y el mejoramiento de los cuidados obstétricos de emergencia. En ambos casos, la necesidad de apuntalar financiamiento por resultados o inclusive, financiamiento a la atención (extensión de cobertura) con intervenciones de fortalecimiento de capacidades, sean físicas (inversión en equipamiento e infraestructura) o humanas (auditoría capacitante, revisión e inducción a protocolos, mejoría del registro), ha surgido claramente de la implementación de esos esquemas por resultados, lo cual fue reflejado en el diseño del Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitaria con un segundo componente centrado en capacidades, y lo es también en el presente programa NI-L1082.

**Innovación**. Todas las operaciones citadas han traído una medida sustancial de contenidos innovadores: desde la sub-contratación y esquemas dentro del sector público en el componente de maternidad segura del Programa de Modernización de la Red Hospitalaria (1027/SF-NI), donde se probaron incentivos a la oferta al reconocer mayor tarifa para la captación de embarazadas de zonas más alejadas – hasta el pilotaje de incentivos a embarazadas o de atención comunitaria del recién nacido en SM2015. De la primera operación de SM2015 se identificó claramente con el MINSA[[5]](#footnote-5) que en proyectos con altos contenidos de innovación y orientación al cambio, se requiere integrar adecuadamente las acciones de supervisión y asistencia técnica, orientando las mismas a procesos de mejora continua de la calidad; intensificar los esfuerzos por difundir esas normativas nuevas y llevar a escala su implementación. El PCR de RIS-1 indica además: “Para garantizar la continuidad de la implementación de los diferentes productos generados con apoyo del Programa: manuales, normas, guías, protocolos, etc. es recomendable mantener una estructura continua de monitoreo, planeación y seguimiento, integrada por las diferentes áreas involucradas, para garantizar el logro y desarrollo continuo de la estrategia integral de la RIS, logrando la implementación de la misma, de manera progresiva en todo el sistema de salud. Sería conveniente documentar adecuadamente los avances en el proceso para facilitar la multiplicación de esta experiencia.” Esa lección conlleva a reservar recursos y planificar de forma sistemática la supervisión, invertir en evaluación, con un sentido institucional de mejora continua del sistema de información de salud y de la “inteligencia sanitaria”, elementos incluidos en NI-L1082.

**Esquema de implementación institucional e integrado.** A partir de la implementación del Programa por resultados, y aprovechando en ese momento el desarrollo del enfoque sectorial en salud que generó un programa sectorial con metas explícitas, formulado por el Ministerio de Salud, se determinó la importanción de que el MINSA como organismo ejecutor de programas con recursos del Banco utilice un esquema institucional, es decir que las áreas propias del MINSA sean responsables de todos los aspectos de la ejecución y gestión, sin recurrir a una unidad ad hoc ni menos externa. La experiencia con unidades ad hoc resultó con un poco apropiación de los cambios, y por tanto su poca sostenibilidad. La Dirección de Cooperación Externa es responsable de la coordinación general de los programas, cuenta con el apoyo técnico de las direcciones involucradas en los programas y de las divisiones generales Administrativa Financiera y de Adquisiciones. El Reglamento Operativo de los programas, instrumento común para todas las operaciones con financiamiento BID, recoge los mecanismos de gestión, como es la descripción de responsabilidades y funciones del gerente a cargo de todas esas operaciones, y el funcionamiento del Comité Operativo que da seguimiento a la ejecución con frecuencia semanal. A título de ilustración, la tabla a continuación describe el involucramiento de las distintas áreas en los programas.

**Plan de Salvaguardias de Gestión.** Dada la importancia de la cartera de salud en la Estrategia con Nicaragua se sistematizó desde 2013 el seguimiento gerencial mediante el Plan de Salvaguardias de Gestión. El mismo prevé medidas para asegurar que las capacidades de gestión del MINSA se mantengan adecuadas.[[6]](#footnote-6) Adicionalmente, el Plan de Salvaguardias de Gestión establece los estándares de dotación de personal de proyecto, perfiles, mecanismos operativos y de decisión para asegurar la oportuna implementación de los programas.

# Esquema de ejecución propuesto.

El MINSA será el organismo ejecutor del Programa.

Para el componente 1 – Gestión territorial de determinantes de la salud, **el SILAIS correspondiente a cada municipio**: Las Sabanas (Madriz), Quilalí (Nueva Segovia) y Wiwilí (Jinotega), **conformará una equipo de gestión en el territorio (EGT)**, conformada **bajo la modalidad de personal incremental y contratado por el SILAIS[[7]](#footnote-7)**. Cada EGT será responsable de la implementación del plan de inversión multisectorial de su municipio, plan que está identificado y está detallado en la matriz de resultados.

Este plan cubre las inversiones de unidades de salud: Casas bases comunitarias y casas maternas; mantenimiento mayor de vías colectoras, rehabilitación de sistema hidrosanitario de unidades de salud.

Para lo relativo al casco urbano de cada municipio, la EGT licitará en una sola licitación por lotes en el primer semestre, el tercer semestre y el quinto semestre de ejecución (si quedarán proyectos por licitar), lo relativo a: Puestos de Salud, Casa Materna, y km de recarpeteo de vías colectoras principales. MINSA firmará los contratos relativos a lotes para proyectos de salud y el MTI los relativos a recarpeteo. El MTI será co-ejecutor teniendo una cuenta especial para recibir directamente del Banco, pero en coordinación con MINSA, los recursos correspondientes a los productos de transporte.

Para la ejecución de las intervenciones de salubridad y promoción de prácticas saludables, el MINSA central transferirá recursos a cada equipo de gestión (SILAIS) por montos pre‑establecidos[[8]](#footnote-8) contra la evidencia del logro de hitos y productos correspondientes a las intervenciones comunitarias del Componente 1. El cumplimiento de los hitos será verificado a través de una Auditoría Técnica. Lo anterior porque estas intervenciones son “con participación comunitaria”; requieren muchas transacciones pequeñas que conviene intermediar con un actor con ventaja comparativa para el trabajo comunitario: en este caso, el SILAIS. En función de la capacidad institucional del gobierno municipal, la(s) ONG(s) podrán transferir paulatinamente la gestión al gobierno municipal.

MINSA (SILAIS correspondiente) firmará convenios con cada gobierno municipal, para que la municipalidad preste espacio de oficina para cada unidad y asigne de contraparte al personal de la Unidad Municipal de inversiones. MINSA y MTI suscribirán un convenio que establecerá los mecanismos de coordinación.

Los demás componentes aplicán un esquema tradicional de ejecución por el MINSA, pero cabe recalcar que el mismo se sustentará en el análisis del personal incremental requerido que se está llevando a cabo en la actualidad.

# Sondeo de empresas para licitación de obras.

El cuadro siguiente resume el resultado de un sondeo de las empresas que han ejecutado obras de transporte y/o de infraestructura sanitaria en el área del proyecto. Información preveniente de los informes de avance y registro de proveedores contratados con recursos del Banco.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Proyecto / Obra | Contratista |
| 1 | Ampliación sistema de climatización del bloque quirúrgico y rehabilitación de salas de labor y parto HCAM | CONCRETO Y ACERO, S.A. |
| 2 | Reemplazo centro de salud familiar de Yali | NAP Ingenieros |
| 3 | Reemplazo hospital primario El Jícaro | PRODEMEX |
| 4 | Casa materna, Pantasma, Jinotega | Ing. Juan Antonio Rayo |
| 5 | Casa materna, Santa Rita, Mulukuku, RAAS | Ing. Manuel Bellorin |
| 6 | Casa materna San pedro de Lovago, Chontales | EPRINSA |
| 7 | Casa materna de Cuapa, Chontales | DICOGRISA |
| 8 | Construcción de puesto de salud La Quezada, El Castillo | IMC-S.A. |
| 9 | Reemplazo del Centro de salud familiar San Nicolás, Estelí | SERMONISA |
| 10 | Rehabilitación hidrosanitaria centro de salud Guillermo Matute, Jinotega | PROCASA |
| 11 | RECARPETEO PARA CARRETERA-  | Consorcio: Santa Fe, Meco, Astaldi, FCC, Prodecon, Llansa |

1. 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-1)
2. 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-2)
3. 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-3)
4. 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-4)
5. Ver talleres de lecciones aprendidas, Enero 2014. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ver [Enlace Opcional](http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38990765) 6 de la Propuesta de Préstamo NI-L1095. [↑](#footnote-ref-6)
7. Los perfiles serán: un coordinador con perfil de gerente de proyecto, e ingenieros/técnicos: civil/pavimentación, estructural y eléctrico, higienista, un analista de adquisiciones y educadores populares (número dependiendo del tamaño del municipio). La selección de los recursos se hará en coordinación con MTI (proveerá el perfil requerido del ingeniero civil/pavimentación). [↑](#footnote-ref-7)
8. Corresponde el costo estimado de personal, materiales e insumos necesarios para las intervenciones. El gasto elegible es la transferencia de MINSA central al SILAIS, no se requerirá de la aprobación previa de un plan operativo para estas intervenciones. Los gastos efectivamente realizados por cada SILAIS serán registrados, y verificados en forma ex post, a través de una auditoría financiera, que comprobará que: (i) corresponden a concepto elegibles; (ii) están relacionados a la entrega de los productos del PEP: “Familias del área rural beneficiadas con paquete de apoyo a prácticas saludables en el hogar y entorno”, “Sedes de sector rurales mejoradas en su infraestructura” y “Acuerdos sociales comunitarios que incorporan la promoción de prácticas saludables en comunidades rurales suscritos entre la comunidad y la dirección municipal de salud y evaluados”; (iii) en las áreas priorizadas; (iv) cumpliendo procedimientos de adquisiciones acordados previamente. [↑](#footnote-ref-8)