

Apoyo de Asdi al Sector Salud de Nicaragua

Prosilais 1992 – 1998

**Marta Medina
Ulf Färnsveden
Roberto Belmar**

**Department for Democracy
and Social Development**

Apoyo de Asdi al Sector Salud de Nicaragua

Prosilais 1992 – 1998

**Marta Medina
Ulf Färnsveden
Roberto Belmar**

Sida Evaluation 99/11

**Department for Democracy and
Social Development**

Evaluation Reports may be ordered from:

Infocenter, Sida
S-105 25 Stockholm
Telephone: (+46) (0)8 795 23 44
Telefax: (+46) (0)8 760 58 95
E-mail: info@sida.se, Homepage <http://www.sida.se>

Authors: Marta Medina, Ulf Färnsveden, Roberto Belmar.

The views and interpretations expressed in this report are the authors and do not necessarily reflect those of the Swedish International Development Cooperation Agency, Sida.

Sida Evaluation 99/11
Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development

Copyright: Sida and the authors

Registration No.: DESO-1996-0592
Date of Final Report: February 1999
Printed in Stockholm, Sweden 1999
ISBN 91 586 7705 4
ISSN 1401—0402

SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY

Address: S-105 25 Stockholm, Sweden. Office: Sveavägen 20, Stockholm
Telephone: +46 (0)8-698 50 00. Telefax: +46 (0)8-20 88 64
Telegram: sida stockholm. Postgiro: 1 56 34—9
E-mail: info@sida.se. Homepage: <http://www.sida.se>

Indice

Executive Summary	1
1. Introduccion	8
1.1 Historia del Proyecto	8
1.2 Términos de Referencia y Objetivos de Misión Evaluadora	8
2. Situacion de Salud, Contexto y Tendencias	8
2.1 Contexto socioeconómico de la década los 90/99	8
2.2 Tendencias de los Indicadores de Salud y de Salud Ambiental	10
2.3 Papel del apoyo Asdi en el Contexto Político y de la Situación de Salud	11
2.4 Proyectos de Salud Financiados por otros Donantes	12
3. Logros y Sustentabilidad de PROSILAIS	12
3.1 PROSILAIS, Descripción General y Evaluación desde 1992	12
3.2 Visión y Orientación del Ministerio de Salud	13
3.3 El proceso de Descentralización en PROSILAIS	15
3.4 Participación Social y de Beneficiarios del PROSILAIS	17
3.5 Género, como Estrategia Integral del PROSILAIS	20
3.6 Aspectos Económicos y Financiero de PROSILAIS	23
3.7 Cooperación de Sociedad Civil y ONGs	24
3.8 Planificación, Indicadores, Monitoreo y Vigilancia Epidemiológica	25
3.9 Impacto y Sustentabilidad del PROSILAIS	28
4. Cobertura y Calidad de la Atención Primaria	30
4.1 Niveles de Atención de Salud	30
4.2 Capacidad Gerencial	32
4.3 Capacitación y Recursos Humanos – R.R.H.H.	34
4.4 Equipamiento e Insumos para la Salud	36
5. El Papel y Contribuciones de OPS y UNICEF	37
5.1 Asistencia Técnica y Gerencia, Monitoreo y Manejo de los Fondos	38
5.2 Costos Administrativos y Operacionales	40
5.3 Informes Anuales, Reuniones Trimestrales y Anuales	41
6. Conclusiones y Recomendaciones	42
6.1 Conclusiones Estratégicas	42
6.1.1 Nivel Ministerial	42
6.1.2 Nivel SILAIS	43
6.1.3 Nivel Agencias Ejecutoras OPS y UNICEF	44
6.2 Recomendaciones	44
6.2.1 Nivel Ministerial	44
6.2.2 Nivel de los SILAIS	46
6.2.3 Nivel de Agencias Ejecutoras OPS y UNICEF	47

6.3 Propuesta del Monitoreo de Asdi al PROSILAIS	48
6.3.1 Metas necesarias para iniciar el PROSILAIS III	48
6.3.2 Metas necesarias para iniciar Segundo Año del Proyecto	48
6.3.3 Metas necesarias para iniciar Tercer Año del Proyecto	49
6.4 Marco Conceptual y Orientaciones para la Ayuda de Asdi	49
6.5 Lecciones Aprendidas y su Transferencia a otros Proyectos Asdi	49

Anexos

1. Términos de referencia	50
2. Lista de personas e instituciones entrevistadas	54
3. Conclusiones de Evaluación Participativa	57
4. Resumen de la Cooperación Externa	69
5. Red del primer nivel de atención en PROSILAIS	70
6. Lista de Materiales Revisados	72
7. Indicadores Económicos de Salud	77

Executive Summary

The international cooperation agency of Sweden, Asdi, is supporting the modernization process and the health system reform in Nicaragua, through the technical and financial support of the PROSILAIS, located at the departments of León, Esteli, Chinandega, Madriz, Nueva Segovia and Autonomous Atlantic Southern Region -RAAS-. The Project is based in strategies of the local health system, community primary care oriented, decentralization of the health management, social participation and gender sensitivity. As the Project has completed two phases from 1992 to 99, Asdi established an independent Mission with the purpose to assess the outcomes and sustainability of the PROSILAIS and to explore the possibility to continue support for a third phase. The Terms of Reference request to summarize and analyze the results achieved by the PROSILAIS and to make strategic recommendations for future Swedish support.

The situation of Nicaragua, in its social political context in the decade of the 90ies, has been a period of efforts to look for the reconciliation, pacification and the reconstruction of country, with a developing agro-export structure and a weak industrial development. Its population is impoverished and with a strong external dependency, 75% of the rural pop. lives in poverty. Agriculture represents 34%, industry 21%, manufactures 12% and services 44% of the GNP. Half of the 4.8 millions population is poor and one million are in extreme poverty. Its international debt is one of the highest of the world, where 40% of the exports are used to pay for it. This situation explains the 65% level of unemployment. The economic and social situation has been severely damaged by Hurricane Mitch.

The health indicators reveal a high growth rate -2.9% annually- and a fertility rate of more than 5 children per woman. Life expectancy at birth is 66 y.o. Infant mortality has decline from 93/1.000lb(72-77) to 53/1.000lb(90-95). Maternal mortality has a tendency to increase; the rate was 160/100.000lb in the early nineties, now is been recorded at the level of 200/100.000lb. Malnutrition is in the 23% at urban level and 34% at rural level. 2.7% of children under 5 y.o., has a severe malnutrition. There is increasing incidence of diarrhea and parasitic diseases, malaria, dengue, cholera, leptospirosis, related to poor environmental and sanitary conditions.

The health expenditure is 12.3% of the public disbursement and 3.2% of the GIP, lower percentages than in the past years (see annexes). Also the health per capita expenditure is lowering from \$20.9 UDS (90) to \$14 USD (97). Other donors, due the critical situation described before, support donations or projects in the SILIAS, such as the World Bank, IDB, USAID, the European Union, Netherlands, NORAD and the German GTZ. The committed aid for the immediate future could reach the 100 millions USD up to the year 2.002, not including the Asdi donation for future support.

The PROSILAIS, from its beginning, has established *the strategies* of community oriented primary care, decentralization, social participation, local health systems, inter-institutional coordination and gender focus, establishing as *specific objectives*: decentralized management for health, strengthening the diagnosis, planning and delivery capacities of health care, community oriented primary health care of the priority and emerging health problems, managerial and technical training of the health team, strengthening of the medical and computing equipment, transportation and medical supplies, particularly medication and social and community participation.

These objectives have been fulfilled by the project with a new model of health care delivery based in expanding the outreach with the community providers (Brigadistas, trained midwives, volunteers

and owners of “Casas Base”). In addition, increasing the capability for epidemiological surveillance of the SILAIS, the extension of coverage with the “mobile brigades” and the URO (units for oral rehydration), increasing resources in medical supplies, medical equipment and transport and the prevention and health care of the prioritized health problems, such as maternal mortality, infant mortality, malnutrition, vector diseases (malaria and dengue), immuno-preventable diseases, and emergent diseases like Cholera and Leptospirosis.

The decentralization is developing from the central level to six Integrated Local Health Systems (SILAIS), from the six SILAIS to the 55 Municipalities and from the Municipality to the 300 localities and “comarcas”. This process has shown progress in the health planning, more than 90% of the Municipalities have already prepared their annual Health Plan approved by their health councils and Municipal Councils.

The social participation has been one of the leading strategies with the incorporation of community providers like the “Brigadistas”, the trained midwives, the volunteers and others forms of community leaders providing a deeper relation with the more isolated parts of the SILAIS. The Project has selected and trained 1.886 Brigadistas, 1.556 lay midwives and develop more than 1.700 “Casas Base” to house the Mobile Brigades, the health and intersectorial team members to provide a monthly health and other services to isolated localities and “comarcas”. These community providers and systematic visits to these more than 300 places have created a new and more peripheral network of facilities and “entry points” to the governmental health network.

The Directives Councils of the SILAIS were established. These Councils were able to propose candidates for the directorship of the SILAIS, authority was given to them to help to prepare the Health Plan for the SILAIS, to overlook the management of the Plan and the SILAIS, and to evaluate the performance of the SILAIS. They presented their concern about the management of the SILAIS to the Ministry of Health. These Councils did introduce a very innovative social participation and gave the Civil Society an opportunity to have a real role in the health process. Unhappily these Councils were replaced for a more ceremonial committee the Consult Council, which lacks the capability to propose the candidates to the Directorship to the SILAIS and have little function in the planning and evaluation process of it. Also there are other forms of social participation such as the Municipal Health Committees in many of the 55 Municipalities of the PROSILAIS and the Consult Council at the Municipalities.

Special reference merit the “Casas Base”, place for the local visits of the “Mobile Brigades”, they provide also a location for the activities of “Brigadistas”, local volunteers and lay midwives, like units for oral re-hydration -URO-, vaccinations, local meetings “jornadas de salud”, etc., These 1.700 places establish a firm connection of the PROSILAIS with the communities, specially for the most isolated communities, where they have been the only presence of the Government at that level.

Other dimension of the participation issue is *the role of the NGOs* in the Project. The Mission could detect only a small role for them in the PROSILAIS. It is very difficult for an NGO to get a project approved, and the very few, who get it, need a long bureaucratic process to approve the funding. There is not an established fund in the Project for this and there is not a clear mandate to do it.

The gender focus of the Project is mainly in health related activities, particular in the gynecological and obstetric actions related to maternal mortality. In the last years, the concern about family violence has allowed to develop it further with projects like those implemented by Action Ya in Esteli and with the NGO Fundemuni in Ocotal. There is very little masculine participation in this area, only 5% of the trainees in gender sensibility are men. The Mission could find out that the

health teams of the Project are more sensible and open to the coordination with other sectors on this subject, but in general there is a lot of “lip service” on the issue, nevertheless the “machismo” culture still prevail.

The Project has developed the capacity to establish a system for collection, recording and analyzing the health data, with the purpose of creating an epidemiological and social surveillance system. The local expression of the surveillance is the “*health situation room*” at the level of the Municipality to overlook and follow up the major health and demographic indicators. The information on cases of malnutrition, diarrhea, cholera, IRA, pregnancies, dengue, malaria, leptospirosis, births, maternal deaths, child deaths and many others permits the local level to observe and interpret the development of the natality, mortality, prevalence and incident of principal diseases and health risks of the community for prediction and planning of the health actions and to establish strategies for the emerging health problems.

The process to *train and capacitate the health team personnel* and the community providers is one of the leading concerns of the Project to develop a more sensitive, effective and efficient health provider. One of the key areas was the training in health management skill for the process of decentralization at the SILAIS level, where all the Directors, their administrative team and same municipal Directors were at the Procavan and CIES master course, which capacitated in modern skills and tools of health administration all de central levels of the SILAIS and same Municipalities. Also the Brigadistas, lay midwives volunteers and owners of the Casas Base were trained in health education skills.

The finance process for the Project establish that 21% of the Project’s fund goes to OPS/UNICEF, 9% to the central level of the Ministry, 70% to the SILIAS. At the SILAIS the funds are distributed 25% to maternal primary care, 24% to public health and epidemiological activities, 12% to training and on-the-job training and 10% to the coordination process, 8% a vital statistics and information, 8% a services de salud, 2% a recourses humans y 2% a administration and finances. Also from these funds the Project provides 30% of the medications for priority health problems. The SILAIS process to report the use of funds has been slow and difficult for them, which has produced the slowing of the arrival the new funs, producing damage to the whole health delivery process.

This whole process has allowed to decentralized the health planning first to the SILAIS and later to the Municipality, where 50 from the 55 Municipalities of the Project has Municipal Health Plans. The health planning and the monitoring of it progress, with epidemiological surveillance system, gave the SILAIS the ability to establish the impact and the evaluation of the health activities of the PROSILIAS.

The impact of the Project can be demonstrated, relating the increasing in activities with the improvement of the health indicators. The most relevant activities recorded, at the last year of the Project (1998) are: 2402 localities were covered by the Project, 895 are of difficult access (37%); in the 3.587 visits of the Mobile Brigades to the localities provided 300.212 consults, increasing from the 242.868 in 1997; in primary care the consults were 2.405.261, an increase of 2% from 1997, the PROSILIAS has provided an average of 2 consults/person/year in primary care; 2.101 health team members were trained, specifically 808 were trained in the rational use in medications and 106 in health management, reaching the total of trained persons in the PROSILIAS to 11.531; two “Jornadas Nacionales” were done, in one of the 55 counties in 98; the coverage of immunizations is 94% to 89% in the Project, compared with 85.8% in the country (INC, 1998); and 85% of the health plans were successfully accomplished. These and other relevant activities facilitated the

impact of the Project showing: The maternal mortality have diminished to 96 deaths from; national infantile mortality rate is reported at 40/2.000lb in the INEC study or at 50/1.000lb from the Ministry data and the SILAIS of the Project shows a range of 14.77/1.000lb to 34.49/1.000lb (1998); the IRA mortality has lowered the rate by half (800/100.000 to 400/100.000) and EDA mortality of the SILAIS is lower than the national average; morbidity from malaria has decreased in all the six SILAIS from the range of rates per 1.000 of 6.9/26.9 (97) to 1.3/17.6 (98); cases of poliomyelitis, whooping cough, maternal tetanus and measles. These positive impacts has a mayor concern it is the perinatal deaths, which have increased from 221 (92) to a concerning 472 (97). Also it is necessary to point out other positive impact, the lack of sanitary emergencies or epidemics related the severe damages in the housing, sanitary facilities and infrastructure done by the Mitch Hurricane, due the Contingency Plan developed by the PROSILAIS, using own resources of the Project.

The progress in the organization, development and impact of the Project has established its *sustainability* based in: The support of the Minister and the Vice-Minister of Health to the principles of the Project and their conviction that PROSILAIS is a pioneer model to look for the proper delivery health model for the country, validating new proposals for the health reform to be extended to the whole country; The Project has developed a new network deep in the communities to increase the coverage and resolution capacity of primary care; Increase in more than 10.000 the community providers, which jointly with the primary care health teams have provided 2 visits/ person/year; The trained 11.531 personnel of the Project in technical topics as management, epidemiology, primary health, care and gender issues; The improved infrastructure, fleet of vehicles, medical equipment and medical supplies, including a 30% complementation of the budget for essential medications; To have created a profound relationship with 2.403 localities an communities, 1.700 “Casas Base” and the pass Directive Councils and today Consult Councils, Municipal Health Committees, NGOs of the civil society of the Project.

The Mission general conclusion is the PROSILAIS has accomplished the objectives in each one of the two phases and it has established de impacts and sustainability needed to go to its third phase to deepen the decentralization, continue to spread around the concept of gender sensibility, to enlarge the social and community participation, to improve the community oriented primary health care delivery model developed by the Project, to increase the quality of the life of the person and the community and to protect the environment. All this with the purpose to transfer, its experiences and community oriented health care model, to be applied in the Health Sector Reform process and other projects supported by Asdi, elsewhere.

This general conclusion is based in the following findings and specific conclusions:

The leading authorities of the Ministry strongly support the continuation of the PROSILAIS, agreeing with its principal strategies and objectives.

This general very positive support is limited due to the lack of coordination and complementation among the different initiatives related to the Reform Process supported by the WB, IDB, NORED, USAID, EU, GTZ, UNOPS, Holland and Asdi. Also to the weak role of the technical Divisions of the Ministry to provide normative and technical backing to the PROSILAIS. Compounding these two situations to the contradiction in decentralization, where the PROSILAIS’ Asdi fund are decentralized at the SILAIS and the ministerial operational fund are still centralized. This specific situation, the weak support from the technical central level, has created the need that the OPS and UNICEF agencies have been forced to act in a supplementary manner.

Nevertheless the coordination of the Central Level with PROSILAIS, through Dr. Aura Soto has been a positive improvement. Also her dependency from the Vice –Minister –the manager of the sector- has shown the high concern provided to PROSILAIS by the national authorities of the Ministry.

The OPS/UNICEF agencies has played substantive role in the development and accomplishment of the Project and its objectives, because their technical and managerial support and commitment to public health.

At the SILAIS it is clear that all the six SILAIS have reached a high technical level, increasing their coverage and access, improving their resolution capability by the training of most of their personnel, expanding the network with the addition of community providers (brigadistas, lay midwives, volunteers and NGOs) and new community facilities (Casas Base, URO, etc.), Improved infrastructure, fleet of vehicles and medical supplies) and increasing the awareness on gender, prevention, environment. All this has been demonstrated by the increase of services (visits, vaccinations, educational activities, and vector control actions), which can be appreciated to the improvement of health indicators in mortality (maternal and infantile) and morbidity (IRA, EDA, Cholera, Dengue, communicable diseases). Despite these progresses perinatal mortality and malnutrition are still a severe problems to be resolved without delay.

Nevertheless, the progress made in the decentralization process is threatened by the contradictory situation of the lack of decentralization of the MINSA budget to the SILAIS and the administrative problems related to disbursements and accounting of funds, due to the administrative shortcomings at the central level, SILAIS and municipalities. Other specific problems relate to the limited role that the NGOs are allowed to play. In the same area of public participation, it is worrisome the lack of pluralistic participation (civil society organizations, NGOs, etc.) within the new Consult Councils.

With regard to gender sensibility, this aspect needs to be further expanded introducing concerns on mental health and psycho-social aspects, child labour, and addressing the role of men and gender. Other specific concern is the transfer or lay-off of the personnel trained by PROSILAIS.

Some emerging problems have been detected such as malnutrition in children under five years of age, increasing perinatal mortality and health risks related to environmental deterioration.

Other important finding is the inadequate coverage of the drug demand due to the lack of funding and losses in the supply and distribution chain, despite the additional 30% support provided by PROSILAIS.

In the provision of care, the population complaints of lack of courtesy at the reception area, inadequacies and cleanliness of the waiting areas and poor maintenance of the toilette facilities.

The main *recommendation* is to continue the PROSILAIS for a third phase in order to consolidate the achievements made so far and to contribute to solve or mitigate the problems found. The objective of this phase will be to advance further in the decentralization process, in gender sensitivity and in a real social participation, in the ability to respond to the emerging problems of malnutrition, perinatal mortality and environmental health risks. In other words not to continue doing more of the same, but to further improve and develop the PROSILAIS health care model. This demands the contribution of each of the participants (central level, SILAIS, Municipalities, agencies) assuming new roles and improving on the present ones.

At the *central level* it is recommended to establish a Donor Committee, under the leadership of MINSA, to facilitate exchange of experiences and strategies among the different projects supporting

the SILAIS. In addition, this committee will look after the complementarity of all projects supporting health reforms and it will promote joint research or national projects in support of the SILAIS and health sector reforms. The decentralization of MINSA funds to the SILAIS and its further decentralization to the municipal level, is also recommended. Additionally, it is recommended to take further steps toward deepening social participation with the integration of NGOs and other organizations of the civil society within the Consult Councils at the SILAIS and Municipal level. This implies the amendment of the decree that created these Councils. It is further recommended that MINSA's coordinating role within PROSILAIS be strengthened with the addition of two experts, one from the Planning Division and another from the Finance-administration Division, to the PROSILAIS national coordination office. The Mission further recommends that MINSA with technical assistance from PAHO and UNICEF develops a proposal for a new national programme for environmental health at the primary care level to be validated by the SILAIS of the Project. In order to respond to the problem of high levels of malnutrition further deteriorated by the Hurricane Mitch it is recommended to develop a proposal for a supplementary nutritional programme, to be also validated by the SILAIS of the project.

At the *SILAIS level* it is recommended that each SILAIS develop its annual plan before January first of each year, including costing of the proposed activities. To deepen the decentralization, each SILAIS will decentralize managements of funds in at least two municipalities during the first year of phase three and progressively decentralize to other municipalities as administrative and managerial conditions are in place. To be able to manage the decentralized funds from MINSA and Asdi each SILAIS will establish a health management unit (UGS) responsible for disbursement and reporting of funds, monitoring of expenditures, and securing that proper administrative procedures are in place to guarantee accountability before MINSA and Asdi. This Unit should receive technical support from the administrative and planning Divisions of MINSA central and the agencies PAHO/UNICEF. Each SILAIS will establish a Fund to support NGOs working in the priority areas of the SILAIS. As an extension of the decentralization process it is recommended to implement the initiative for "comarcas saludables" in order to approach in an integral manner the health problems of the comarca and its determinants. Finally the SILAIS will create the conditions for the validation of the programmes related to nutrition, environmental health and perinatal mortality.

At the *level of PAHO and UNICEF* it is suggested that they conform a unified body ECA ("equipo conjunto agencial") to support the SILAIS, with one coordinator representing both agencies. ECA will prepare the annual programme for the provision of technical and managerial support to the SILAIS.

The envisaged process for the decentralisation to the SILAIS and municipalities is that at the end of three years the SILAIS will be able to manage directly all funds from MINSA and Asdi. During the first year, the SILAIS will receive direct transfer for the operational funds of MINSA and Asdi, in the second year they will manage the training funds and in the third year all funds. Therefore, it is recommended that the role of the agencies changes as this process evolves.

The Mission suggests that some recommendations be fulfilled at the end of each year and previously to the disbursement of funds for the next year. Asdi will monitor the fulfillment of these recommendations. The following are the recommendations to be fulfilled before the beginning of PROSILAIS III: to establish the donor committee, the conformation of the ECA committee by PAHO and UNICEF, to establish the procedures for the decentralization of MINSA's operational funds, to amend the decree that created the Consult Councils, to establish the UGS in each SILAIS and to have initiated the elaboration of the programme proposals to confront the emerging

problems of malnutrition, environmental risk and perinatal mortality. Additionally a base line for epidemiological, managerial and gender indicators needs to be established.

The lessons learned from PROSILAIS that can be applied to other Asdi programmes are: the ability of the health system to establish integrated health programmes; the possibility of decentralization of health at the provincial and municipal level; the ability to integrate the real gender sensitivity in health programmes; the fortitude of integrating community providers into the primary care model; the ability to develop at the municipal level an epidemiological surveillance system to monitor the health indicators, evaluate the programme and identify emerging problems; the capacity to react quickly and independently before natural disasters and provide effective local responses and finally the ability to demonstrate that concerns for health issues go beyond political boundaries in a polarized society that aims at working toward a national state policy for health.

1. Introducción

1.1. Historia del Proyecto

El Gobierno de Suecia, a través de su agencia Asdi y como resultado de la visita de una misión conjunta de países nórdicos, decide apoyar técnica y financieramente al sector salud de la República de Nicaragua, a través del Proyecto Apoyo y Consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud – PROSILAIS, con el propósito de contribuir a la reducción de las desigualdades en la salud, en seis SILAIS: Estelí, León, Madriz, Nueva Segovia, Chinandega y la Región Autónoma Atlántica Sur. El Proyecto se inicia en 1992. Este apoyo ha cumplido dos etapas, la primera desde 1992 a 1995 y la segunda 1996-junio/99.

1.2. Términos de Referencia y Objetivos de la Misión Evaluadora

Al término de estas dos etapas, Asdi ha solicitado a los consultores una evaluación integral de todo el proceso con el propósito de establecer los resultados de ambos períodos, revisar los objetivos y hacer recomendaciones estratégicas para el apoyo sueco futuro. Los Términos de Referencia de esta Misión sugieren que esta evaluación se haga tomando en cuenta el contexto y desarrollo político económico del país, la modernización del sector público, específicamente la descentralización, el apoyo general de Suecia a Nicaragua y los proyectos financiados por otros donantes. Áreas de análisis serán los logros y la sustentabilidad del PROSILAIS; y el papel y la contribución de las agencias ejecutoras la Oficina Sanitaria Panamericana -OPS- y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-. De este proceso deberán emerger las Recomendaciones a futuro, basadas en esta evaluación, las necesidades de la población y el proceso de modernización del país y del sistema de salud. (Ver Anexo 1, Términos de Referencia).

2. Situación de Salud, Contexto y Tendencias

2.1. Contexto socioeconómico de la década los 90/99

La década de los 90 ha sido para Nicaragua un período de post-guerra, caracterizado por grandes esfuerzos para lograr la reconciliación, pacificación y reconstrucción del país. Estos procesos han avanzado en medio de una situación socioeconómica precaria y una marcada polarización política.

Económicamente, el país posee una estructura agro-exportadora poco desarrollada, una base industrial limitada, una población altamente empobrecida y una gran dependencia externa.

En 1996, la agricultura representó el 34.9% del producto nacional bruto, la industria el 21.1%, la manufactura el 15.6% y los servicios el 44%¹.

La mitad de la población de Nicaragua era ya muy pobre antes del huracán Mitch, cerca de un millón de personas vivían en situación de extrema pobreza. Se estima que en las zonas rurales del país un 75% de la población vive en condiciones de pobreza y el 50% vive en condiciones de extrema pobreza².

¹ Nicaragua at a glance. Nicaragua Project Appraisal document. Health Sector Modernization Project. The World Bank, Report No. 17609 NI, May 11, 1998.

² Sector Social. Políticas, Estrategias y Programas para la Reconstrucción y Transformación. Versión Preliminar. República de Nicaragua. Diciembre 1998

La deuda externa de Nicaragua es una de las más altas en el hemisferio occidental y es equivalente a tres veces el producto interno bruto y cerca de siete veces las exportaciones del país. A pesar de que el país ha recibido cooperación externa en términos concesionales, el servicio de la deuda representa un peso muy grande para el país (equivalente al 40% de las exportaciones en 1997).

Las políticas económicas de ajuste estructural se han venido ejecutando desde 1988. Estas políticas han guiado al país durante la década de los 90 en su transición hacia una economía de mercado. Como resultado de estas políticas, ha habido una reducción importante del sector público, privatización de las empresas estatales, liberalización de los precios y el mercado cambiario, la inflación se redujo a un promedio de 12% durante el período 1992-1996 y el crecimiento económico se restablece a partir de 1993, alcanzando un promedio de crecimiento de 4.5% en el período 1994-1996³. Sin embargo el ingreso per capita es un tercio de lo que fue hace veinte años (USD \$ 451 per capita en 1996). El Anexo 6, presenta un resumen de indicadores económicos del país para el período 1990-1997.

Las consecuencias más negativas de esta política se reflejan en una reducción importante del mercado laboral (para 1994 el gobierno estimaba un desempleo abierto del 23.5% de la PEA, significando aproximadamente 65% de la PEA desempleada, sub-empleada o empleada en el sector informal). Se estima que las medidas económicas tomadas han impactado en el desempleo abierto a nivel urbano que ha disminuido a 17% en 1997. Sin embargo, las tasas estimadas de desempleo a nivel rural han aumentado en los últimos cinco años⁴. Además la falta de créditos ha afectado negativamente la producción agrícola. Por otro lado, las disparidades entre grupos sociales se incrementan, se estima que el 20% de la población más rica recibe el 65% del ingreso nacional, mientras que el 20% de la población más pobre recibe el 3%, una relación de 22 a 1⁵.

El crecimiento del sector informal y los recortes en los servicios públicos han afectado principalmente la situación de la mujer. Por un lado las oportunidades de las mujeres para conseguir un empleo formal han disminuido considerablemente y ellas buscan alternativas de ingresos en el sector informal (comercio de comidas y ropa, trabajo doméstico, etc.). Por otro lado su trabajo en el hogar aumenta cuando los servicios tradicionales del sector público se reducen y en la práctica deben ser asumidos por los hogares o la comunidad. Se estima que un 34% de los hogares tienen una mujer como jefe del hogar. Un gran número de organizaciones comunitarias y grupos de autoayuda han surgido con el fin de enfrentar la creciente demanda por compensar la disminución o pérdida de ingresos o servicios.

Durante la década no ha sido posible lograr una solución definitiva a la legalización de la propiedad urbana y rural, siendo este problema una fuente constante de inestabilidad política y social. Otros factores que contribuyen a la inestabilidad del país están relacionados con el incremento de la criminalidad y violencia.

A pesar de los esfuerzos realizados, persiste una alta polarización política que no facilita el diálogo ni la posibilidad de llegar a consensos nacionales sobre las formas de abordar los problemas más urgentes del país.

³ Preparing for the Next Millenium. República de Nicaragua. Document prepared for the Consultative Group Meeting for Nicaragua, February 1998.

⁴ Preparing for the Next Millenium. República de Nicaragua. Document prepared for the Consultative Group Meeting for Nicaragua, February 1998.

⁵ Country Memorandum, Banco Mundial, Febrero 1994.

El Huracán Mitch ocurrido en Octubre de 1998, afecta una gran parte de los Municipios más pobres del país. El daño a la infraestructura (camino, carreteras, puentes), a la vivienda, a la seguridad alimentaria, al ambiente y a la producción agropecuaria, requieren de acciones integrales y sostenidas de recuperación y desarrollo a nivel local y con amplia participación de todos los actores sociales. Los daños emocionales y psicológicos requieren de un esfuerzo especial dirigido a fortalecer la autoconfianza, autoestima y capacidad productiva de la población afectada. El abastecimiento de alimentos, especialmente para la población infantil requiere de atención inmediata y de aplicación de medidas urgentes tendientes a evitar un mayor deterioro de la situación nutricional.

2.2. Tendencias de los Indicadores de Salud y de Salud Ambiental

Nicaragua tiene una población de 4.8 millones de habitantes (1998)⁶. Casi un 50% habita en la zona rural. La demanda de los servicios de salud se ve presionada por un crecimiento poblacional elevado estimado en 2.9% anual y una tasa de fecundidad de más de cinco hijos por mujer (una de las tasas más altas del continente). La esperanza de vida al nacer estimada es de 66 años⁷.

Los principales problemas de salud del país están íntimamente relacionados con las situación económica de la población, la disponibilidad e ingesta de alimentos de las familias y las condiciones higiénico sanitarias y ambientales de las localidades en que habita la población.

La alta incidencia de enfermedades diarreicas y parasitarias, la persistencia de enfermedades epidémicas y endémicas como el cólera, la malaria, el dengue, la leptospirosis están íntimamente relacionados con el acceso a agua potable y disposición adecuada de excretas, basuras y desechos. Existe además un resurgimiento de la tuberculosis y otras enfermedades como la enfermedad de Chagas. Se estima que un 83% de la población urbana y un 30% de la población rural tiene acceso a agua potable. También se estima que un 31% de la población urbana y un 18% de la población rural tienen acceso a sistemas de disposición de excretas adecuado (incluyendo letrinas), solamente en muy pocas localidades urbanas existen sistemas de recolección de basuras que no logran recolectar todos los desechos producidos. Por tanto existe un déficit importante de estos servicios que es necesario y urgente abordar.

La situación nutricional es insatisfactoria. Se estima que un 23% de la población pobre urbana y 36% de población rural pobre posee algún grado de desnutrición. De igual manera se estima que un 34% de la población infantil tiene una desnutrición crónica y que un 2.7% de los mismos tiene desnutrición aguda⁸. Otras encuestas revelan que aquéllos que viven en extrema pobreza consumen solamente un 45% de las calorías recomendadas por día. También las encuestas revelan deficiencias importantes de micronutrientes y vitaminas⁹.

El país se encuentra en una situación epidemiológica calificada como etapa pre-transicional en la que persisten las enfermedades infecciosas y la desnutrición y en las zonas urbanas se presentan las enfermedades cardiovasculares, los tumores, los accidentes, la drogadicción, la violencia y los problemas mentales.

⁶ División General de Planificación y Sistemas de Información. Ministerio de Salud

⁷ División General de Planificación y Sistemas de Información. Ministerio de Salud

⁸ Encuesta de demografía y salud 1998. Informe preliminar.

⁹ La deficiencia de Vit A afecta al 67% de niños y niñas menores de cinco años. La deficiencia de hierro afecta a dos de cada tres niños y niñas menores de cinco años.

Se ha estimado que la mortalidad infantil ha descendido de 93/1000 nacidos vivos en 1972-77 a 53/1000 nacidos vivos en 1990-95. Este descenso ha sido relacionado con un incremento en la cobertura de servicios de salud y una fuerte participación comunitaria en educación sanitaria e higiene. Existen todavía grandes diferencias en tasas de mortalidad entre áreas geográficas y grupos socio-económicos. Las causas más importantes de mortalidad infantil son causas perinatales, diarreas e infecciones respiratorias. En 1995, Nicaragua presentaba la tasa de mortalidad infantil más alta entre los países centroamericanos.

La tasa de mortalidad materna presenta una tendencia al aumento, 160/100.000 nacidos vivos, ocupando el tercer lugar en la región centroamericana. Sin embargo, mejoras en la vigilancia epidemiológica hacen suponer que la tasa real puede estar alrededor de los 200, con cifras registradas en algunos SILAIS en 1995 de 452/100.000 en la RAAN y 254/100.000 en Madriz (cifras que se comparan con las más altas de América Latina). La mortalidad materna está condicionada por la situación de pobreza, la alta ruralidad, la falta de acceso, hábitos y conductas inadecuadas para la salud e inadecuada calidad de atención.

Se han logrado una notable mejoría en cuanto a la presencia y control de enfermedades inmunoprevenibles. Se ha erradicado la poliomielitis y no se registra ningún caso desde 1981. La última epidemia de sarampión se reportó en 1990. En los últimos cinco años no se reporta ningún caso de difteria. La tosferina sigue siendo endémica, pero la mortalidad por esta causa ha disminuido notablemente. Solamente se han registrado dos casos de tétanos neonatal en los últimos tres años.

2.3. Papel del apoyo de Asdi en el Contexto Político y de la Situación de Salud

El apoyo brindado por ASDI a través del PROSILAIS ha permitido el mantenimiento y fortalecimiento del primer nivel de atención de servicios de salud en los seis SILAIS en donde se ejecuta el proyecto. Además, ha contribuido a fortalecer las capacidad gerencial de los equipos de salud tanto a nivel de SILAIS como a nivel municipal, apoyando de este modo el proceso de descentralización de los servicios de salud. Las experiencias han permitido un abordaje más integral orientado a la preservación de la salud y prevención de la enfermedad, de tal manera que surgen desde las comunidades y trabajadores de salud preocupaciones por la calidad del ambiente, el acceso agua limpia, la seguridad alimentaria, el alivio a la pobreza y el abordaje multisectorial y con amplia participación de todos los sectores sociales (ej. iniciativa de municipios y escuelas saludables, cooperación con ONG's y otras instituciones en el abordaje de la violencia doméstica, etc.)

En un contexto en donde el financiamiento del sector salud es insuficiente y donde se habla de un proceso de modernización y reforma del sector salud en el cual se hace un planteamiento muy débil en relación a la atención primaria, los resultados de PROSILAIS sugieren que el fortalecimiento de la Atención Primaria debería ser una estrategia principal de la modernización del sector.

2.4. Proyectos de Salud Financiados por otros Donantes

El sector salud de Nicaragua recibe un apoyo importante de la cooperación externa. En los últimos años áreas importantes de apoyo han sido el fortalecimiento de la atención materno-infantil, salud reproductiva, fortalecimiento de los SILAIS y apoyo a la reforma del sector. En 1993 el valor de esta cooperación fue de aproximadamente USD 20 millones, en 1994 de USD 55 millones y se estima en USD 26 millones en 1999 (un alto porcentaje de este apoyo proviene de préstamos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo). El Anexo 5, presenta un resumen del apoyo brindado en los últimos cinco años y de algunas estimaciones para el período 1999-2002. También presenta un resumen del apoyo específico a los SILAIS.

3. Logros y Sustentabilidad del PROSILAIS

3.1. PROSILAIS, Descripción General y Evaluación desde 1992

El Proyecto PROSILAIS, que se desarrolla en los departamentos de León, Estelí, Chinandega, Madriz y Nueva Segovia y la Región Autónoma Atlántica Sur -RAAS-, con una población de 1.217.755 habitantes. Desde su inicio tuvo como estrategias la descentralización, un enfoque de género, el desarrollo de las capacidades locales, la participación social y comunitaria, la coordinación interinstitucional, un enfoque de riesgo y el abordaje de problemas prioritarios. Los objetivos específicos del Proyecto son apoyo a la descentralización en el marco de la eficacia y la eficiencia; el fortalecimiento de las capacidades locales de análisis, planificación, organización y conducción; la atención integral de los problemas prioritarios; la formación y capacitación gerencial y técnica del equipo y de proveedores comunitarios; el fortalecimiento de la red de servicios en su infraestructura, equipamiento de salud e informática, e insumos para la salud; la participación social y multisectorial y la promoción de la salud.

Desde su inicio el Proyecto, priorizó la descentralización, dándole mayor autonomía al Director del SILAIS, con el progresivo manejo de los fondos del Proyecto y del personal, posteriormente, esta descentralización se orientó hacia la municipalidad. Sin embargo, los fondos de operación del Ministerio aún se manejan centralizadamente. Para lograr la eficacia y eficiencia de la descentralización se capacitó gerencialmente al Director, su equipo y las jefaturas municipales de salud, lográndose que la inmensa mayoría de estos recursos tuvieran adecuada capacidad de gestión (ver párrafo 3.3). Conjuntamente con esta formación gerencial, se capacitó a los equipos de atención primaria en epidemiología y aspectos técnicos de los problemas priorizados, tanto en su prevención como en su recuperación. La formación en epidemiología ha permitido desarrollar la capacidad de recolección sistemática de la información demográfica y de salud para establecer las Salas de Situación de Salud, lográndose así un sistema de vigilancia epidemiológica local y social (ver párrafo 3.8).

Conjuntamente con el proceso de fortalecimiento de la capacidad gerencial, técnica y de vigilancia epidemiológica, se desarrolló y profundizó el proceso de participación social y comunitaria, incorporando parteras empíricas, colaboradores voluntarios y brigadistas de salud, para así crear y desarrollar una red periférica de proveedores comunitarios de salud y de nuevos lugares de acción de salud, que fueron sus comunidades, las Casas Base y las Unidades de Hidratación Oral -URO-; estableciéndose una nueva red de servicios a nivel de las mismas localidades y de las comarcas más aisladas. De esta forma se establecieron múltiples nuevas “puertas de entrada” al sistema público de salud, lo que no solo ha ampliado la cobertura del sistema, sino también ha ampliado el

acceso a la red de servicios. Además se ha ampliado el papel de los proveedores comunitarios a funciones más polivalentes. Estas nuevas funciones son educación para la salud, identificación y prevención de riesgos de salud y ambientales, orientación en el uso del sistema público, preparación y motivación de las jornadas de salud y preparación de la visita de las Brigadas Móviles. Al aporte participativo de los proveedores comunitarios hay que agregar la relación creciente con ONGs de salud y la incorporación de otros sectores del Gobierno a las tareas de salud, como educación, justicia, policía y otros, particularmente en las visitas intersectoriales de las Brigadas Móviles (ver párrafo 3.4).

La atención de salud se priorizó a los problemas y programas prioritarios: morbilidad infantil, morbilidad materna, tuberculosis, desnutrición y enfermedades de transmisión vectorial (malaria, dengue). Para lo cual se dotaron a los SILAIS de insumos médicos, equipo de computación y de transporte necesarios para su prevención y control, no solo en los establecimientos, sino también en la labor comunitaria de los proveedores comunitarios y las Brigadas Móviles.

Toda esta compleja labor necesitó del apoyo técnico y administrativo, de seguimiento y de supervisión, que proporcionaron, en forma eficiente y significativa, las Agencias Ejecutoras OPS/UNICEF y un tibio apoyo de las Divisiones Técnicas del Ministerio. OPS/UNICEF facilitaron los procesos administrativos y estadísticos para la información a nivel superior del MINSA y del Proyecto.

Después de los 6 años del Proyecto, éste ha llegado a un nivel de madurez, demostrada a través del cumplimiento de los objetivos planteados, incrementado significativamente su cobertura y desarrollando un modelo de atención de salud basado en la estrategia de atención primaria, con el apoyo substantivo de la participación social y de los equipamientos, recursos y medicamentos, que específicamente se detallan en los párrafos consecutivos 3.4 al 3.7. Llegando a establecer impactos significativos y tendencias positivas y un alto grado de sustentabilidad técnica, como se demuestran en los párrafos 3.8 y 3.9.

3.2. Visión y Orientación Del Ministerio de Salud

Definición

Nicaragua al igual que la mayoría de los países de la región no escapa a los procesos de modernización y reforma del sector público. En el marco de estos procesos se inicia en el país en la década de los noventa un proceso de reforma y modernización del sector salud, que surge con el propósito de realizar los ajustes necesarios al sector salud y particularmente, a los servicios públicos de salud con el fin de adaptarlo a las nuevas circunstancias sociales y económicas del país. En estas nuevas circunstancias surgen como elementos principales el desarrollo y fortalecimiento de una economía de mercado, la transformación del estado en un estado facilitador y regulador y menos prestador de servicios, el desarrollo del sector privado y la búsqueda de la equidad, eficiencia y eficacia del sector público. Por otro lado, estas transformaciones se deben desarrollar en un contexto en donde los altos niveles de pobreza se convierten en el principal factor determinante de la situación de salud y enfermedad de la población.

Hallazgos

El programa de modernización del sector salud 1998-2002, presenta un panorama del sector salud en Nicaragua y un análisis de la situación de salud del país. El documento enfatiza la eficiencia del sector y el manejo financiero del mismo. El programa abarca cinco grandes áreas de trabajo:

modernización del marco legal y regulatorio, modernización institucional, modernización de los hospitales públicos, modernización de la atención primaria en salud y modernización de la seguridad social. A pesar de que se mencionen los aspectos de prevención y atención primaria (con muy poco énfasis) pareciera que las transformaciones de la organización y gestión hospitalaria y el énfasis en los aspectos curativos son el *instrumento* principal de las transformaciones del sector.

En el marco del proceso de modernización y reformas se ha avanzado en el proceso de desconcentración/descentralización de los SILAIS. Han habido logros significativos en las áreas de planificación y priorización de actividades a nivel local y en el manejo descentralizado de los fondos para gastos de bienes y servicios, sin embargo, es necesario avanzar en la descentralización del personal y la descentralización del presupuesto.

En el desarrollo y fortalecimiento de la desconcentración/descentralización de los SILAIS se ha llegado al *municipio* en donde empiezan a aparecer demandas por parte de las autoridades locales y del personal de salud de la necesidad de profundizar y llevar el proceso de descentralización hasta este nivel. Durante las visitas de campo efectuadas por el equipo evaluador se pudo observar los avances realizados en este sentido y pareciera que en algunos municipios hay condiciones adecuadas para profundizar y avanzar en la *municipalización de los servicios de salud*.

En todas las visitas efectuadas y durante la evaluación participativa, se mencionó con mucho énfasis la necesidad de crear espacios amplios de participación que permitan impulsar una visión conjunta y global del proceso de reforma y modernización, que asegure la salud como un derecho, que garantice la cobertura a la población de mayor riesgo y que integre a las autoridades locales, a otros sectores del gobierno, a las ONG's y sociedad civil.

El programa también plantea la necesidad de mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del usuario y hace énfasis en la capacitación de los equipos de salud y la disponibilidad de tecnología adecuada. En todas estas áreas el PROSILAIIS ha desarrollado actividades en los últimos seis años.

Comentarios

La poca relevancia que tiene la atención primaria en la propuesta del programa de reforma y modernización es causa de preocupación. La mayor parte de los problemas de salud del país no requieren de "curación" estos requieren de acciones preventivas intersectoriales en donde el mejoramiento de los estilos de vida y la calidad de la vida (vivienda, alimentación y nutrición, educación, ingresos, etc.), acciones educativas y acciones de protección ambiental ejecutadas por el Gobierno y toda la sociedad, son las estrategias más efectivas para enfrentar los problemas de salud del país.

El sector público de salud tiene grandes distorsiones (i.e.: composición y distribución inadecuada de la fuerza laboral, ineficiencia de los servicios), además que el financiamiento disponible es bajo y ha venido decreciendo en valores per capita en los últimos años (ver anexo 9). Esto obliga a la búsqueda de alternativas de financiamiento y nuevas formas de organización y prestación de servicios. De ahí las propuestas que hace el MINSA para la modernización de los hospitales del país. La pregunta que surge es: si el sector salud puede ser fortalecido cuando se hace mayor énfasis en el sector hospitalario.

El alcance y contenido del proceso de descentralización tanto a nivel del MINSA como del estado en su conjunto no está claramente definido y pareciera que esta definición no tendrá lugar en el futuro inmediato. Hasta el momento han avanzado procesos de descentralización de algunos sectores (MINSA, Ministerio de Educación), pero como iniciativas independientes de cada sector. Las alcaldías, aunque muestran disposición de asumir la responsabilidad por la prestación de

servicios no poseen la capacidad técnica, administrativa o financiera de asumir los mismos si no se establece una legislación clara, una transferencia de recursos y una definición de roles y responsabilidades. Todo intento de fortalecer y avanzar hacia la municipalización en estos momentos se presenta entonces como una experiencia de aprendizaje y de sistematización para una aplicación posterior. Hay signos que indican una tendencia del ejecutivo a centralizar (ej: los fondos que se recaudan a nivel de las unidades de salud deben ser transferidos al Ministerio de Hacienda), las alcaldías no reciben el porcentaje del presupuesto nacional que está establecido por la constitución), esto podría entorpecer los intentos que se hagan por poner a prueba modelos para la municipalización de los servicios de salud.

Conclusiones

La propuesta presentada por el Gobierno es un esfuerzo importante para tratar de abordar los problemas del sistema de salud del país. Conviene promover una discusión más amplia del mismo, con el fin de crear un consenso en relación a las estrategias propuestas. El programa se beneficiaría de una amplia discusión sobre un sistema orientado a satisfacer la demanda o un sistema que oriente y ordene la oferta, al igual que la discusión sobre la introducción del concepto de solidaridad en la propuesta y la discusión sobre el papel de los SILAIS y la atención primaria como estrategia principal del proceso de modernización.

3.3. El Proceso de Descentralización en PROSILAIS

Definición

El proceso de delegar la gestión y función técnico-administrativo y de recursos lo más cerca posible a la población beneficiaria. En el PROSILAIS hay varios niveles de operación: MINSA Central, SILAIS, Centro de Salud, Consejo de Salud, brigadistas, parteras y voluntarios.

Hallazgos

El MINSA y las agencias ejecutoras coinciden en que tanto en los SILAIS como en los puestos de salud hay problemas de gerencia. A nivel técnico hay limitaciones para ejercer la toma de decisiones en lo que se refiere a recursos de equipo médico, transporte y de medicamentos. A nivel administrativo esto se refleja principalmente en lentitud en la entrega de las rendiciones de cuentas. Los recursos económicos son más y más limitados en los diferentes niveles. En la programación del apoyo sueco para 1999, se asigna un 11% al nivel central, 7% a la sede de los SILAIS, 27% a los municipios, 33% para equipos y suministros, 4% para actividades de monitoreo y evaluación y un 18% a las agencias ejecutoras. No existe intercambio sistemático de experiencias sino de oportunidades de reunirse en Managua para la evaluación anual.

El personal de los SILAIS está compuesto principalmente de médicos, enfermeras y brigadistas dedicados a resolver los problemas de salud. Muchos de ellos hacen un trabajo excepcional con recursos mínimos. El trabajo administrativo tanto a del nivel MINSA, OPS, UNICEF como de los SILAIS, es una carga fuerte para los equipos locales, ya que solamente en las unidades de salud más grandes existe un mínimo apoyo administrativo. También es en este nivel en donde ha habido permanencia por más tiempo del personal involucrado en el proyecto, un gran número de este personal han trabajado varios años en el proyecto y en algunos casos desde 1992.

La capacitación gerencial es crucial en su función de apoyo a las actividades técnicas, administrativas y de recursos para sustentar el proceso de descentralización. A nivel local es necesario poseer los conocimientos técnicos y contextuales. Es a este nivel que tiene que brindarse la oportunidad de tomar de decisiones, medidas y acciones adecuados a la realidad local con los limitados recursos.

MINSa tiene planes de ofrecer sueldos atractivos de 500 USD (en comparación a 220 USD), para ubicar médicos en municipios lejanos, combinado con un plan de construcción de vivienda y nuevos puestos de salud. Esta medida, también contribuye a redistribuir los recursos médicos a zonas rurales. En Nueva Segovia se han abierto 25 nuevas plazas de médicos para 1999.

Comentarios

El proyecto PROSILAIS cubre un total de 55 municipios. El modelo de descentralización impulsado por el Proyecto es reconocido no solo en Nicaragua, sino también en Centroamérica como un modelo a imitar para alcanzar el desarrollo del sector salud. En la nueva política del sector salud, el gobierno expresa su intención de avanzar el proceso de descentralización hasta los municipios. Hasta ahora el proceso ha sido más una desconcentración que una verdadera descentralización de recursos y responsabilidades. Solo una pequeña parte del presupuesto nacional en salud es administrado por los SILAIS (16%). En los SILAIS se ejecutan fundamentalmente gastos de operación, lo que no incluye salarios y medicamentos que se administran a nivel central del MINSa.

Prácticamente todos los agencias donantes apoyan componentes relacionados con la descentralización, BID, NORAD, Banco Mundial, Comunidad Europea, GTZ, los Países Vascos, los Países Bajos, USAID, UNOPS y Asdi. Es importante que el Ministerio coordine todas estas concepciones y acciones de descentralización. Por ejemplo, con el apoyo del Banco Mundial se intenta desarrollar un modelo de descentralización de todo el presupuesto en dos SILAIS (todavía por definir). USAID ha descentralizado su apoyo a nivel regional tomando Matagalpa como centro y brindando mayor poder en la toma de decisiones en las Casas base y Municipios, tratando de impulsar un abordaje abajo hacia arriba. Se ha discutido también tanto en MINSa como entre los donantes, la posibilidad de considerar una inversión per capita como un modelo atractivo de distribución de los recursos de salud disponibles.

Recomendaciones

- Para desarrollar más el proceso de descentralización, tanto el MINSa como el PROSILAIS requieren de normas detalladas y un plan de acción, que incluya un programa de capacitación a todos los niveles.
- Facilitar un cargo de administrador para los centros de salud, para aliviar la carga administrativa de los médicos y mejorar el nivel administrativo. Este administrador podría además brindar apoyo a uno o más municipios.
- Se recomienda la incorporación de las comarcas en el proceso de descentralización, ya que este nivel es que se encuentra más cercano a los beneficiarios rurales.
- El MINSa debe asumir un mayor liderazgo por la concepción y coordinación del proceso de descentralización.
- Sugerimos una asignación per capita de recursos por municipio, con el fin de tener una justa distribución de recursos para resolver los problemas de salud con los fondos disponibles.
- La coordinadora nacional PROSILAIS debe ser apoyada en su gestión con personal de la división administrativo-financiera y de la división de planificación y sistemas de información.

3.4. Participación Social y de Beneficiarios del PROSILAIS

Definición

La participación es una de las estrategias principales de PROSILAIS, definiéndose participación en salud, como un proceso continuo de donde la sociedad civil, a través de sus organizaciones y sus líderes y de los usuarios activos o potenciales, toman parte activa y permanente en el diagnóstico de situación de salud; en la identificación de problemas y riesgos de salud; en la priorización de éstos; en el desarrollo de acciones relacionadas a la prevención, mitigación y/o eliminación de los problemas y riesgos; y en la evaluación de todo el proceso y su readecuación que determine esta evaluación.

Hallazgos

Desde inicios del PROSILAIS en 1992, en el contexto conceptual de lo SILOS (sistemas locales de salud), la participación en salud fue una de las preocupaciones del proyecto para mantener y profundizar las acciones de participación existentes como brigadistas, parteras empíricas, colaboradores voluntarios y representantes de las Casas Base. Además de buscar nuevas modalidades de participación e incorporar a mayores sectores de la sociedad civil en el proceso de participación.

Al inicio del Proyecto, la participación en salud fue mayormente de busca de mecanismos, a través de los cuales comunidad podía apoyar las acciones propias de salud, en actividades como las jornadas de salud. Sin embargo paulatinamente se vio la necesidad de establecer instancias de colaboración permanente a través de comités de salud a nivel de estructuras de municipal de y de la atención primaria, como en centros de salud y puestos de salud. Este proceso de búsqueda de modalidades de participación permitió establecer diversos mecanismos, destacándose los siguientes:

- *Juntas Directivas de SILAIS y Hospitales.* Se conformaron por iniciativa del MINSA las Juntas Directivas de los SILAIS, donde estaban representadas diversas organizaciones del Gobierno local, personalidades locales, algunas ONGs de salud, organizaciones de base y representantes del mundo académico, gremial y científico. Estas Juntas tenían como función proponer al MINSA candidatos a la dirección del SILAIS, conocer y opinar del plan de salud y su financiamiento y presentar al MINSA su acuerdo o desacuerdo con la conducción del SILAIS. Además de participar en los procesos emergentes en el SILAIS.
- *Consejos Consultivos.* Las Juntas Directivas de los SILAIS fueron luego reemplazadas por los Consejos Consultivos, los cuales apoyan las actividades de salud, sin embargo perdieron la capacidad de proponer los Directores del SILAIS.
- *ONGs de salud.* La participación parcial de algunas ONGs de salud en acciones de salud conjuntas o bien mediante el desarrollo de proyectos financiados por el PROSILAIS ha existido en las dos fases del Proyecto. Para mayor detalle sobre el tema referirse al párrafo 3.7.
- Las 55 Municipalidades del Proyecto, se han incorporado a las actividades del mismo, con Consejos Municipales y Comarcales de Salud y apoyando las acciones programáticas de salud. Desde un inicio limitado en los años iniciales del Proyecto, a medida que la municipalidad fue cobrando reconocimiento comunitario, éstas han sido un importante factor de participación y ahora son parte fundamental del Consejo Consultivo a nivel comunal, donde los alcaldes son los promotores en estos cuerpos colegiados. Las 55 municipalidades del Proyecto han desarrollado estas instancias participativas.

Sin duda una de las fortalezas del Proyecto es el aporte que ha significado el papel *de los brigadistas de salud, las parteras capacitadas y los colaboradores voluntarios* en todas las acciones de Proyecto. Cabe destacar que, el PROSILAIS en su proceso permanente de capacitación, ha profundizado la capacidad resolutoria de estos R.R.H.H. El número de *brigadistas capacitados y activos* ha incrementado hasta contar con 1,886 brigadistas activos, capacitados y dotados de recursos para su acción. De su papel monovalente han pasado a un papel polivalente, al asumir las siguientes funciones:

- Haberse transformado, por su acción de preocupación permanente de la salud y medio ambiente local, en el líder natural de salud de sus comunidades
- Educación para la salud y prevención específica para programas priorizados
- Identificación de casos y su referencia pronta al puesto o centro de salud respectivo.
- Identificación y tratamiento de focos en su comunidad o en las aldeñas
- Motivación, preparación social y organización de las Jornadas de Salud o Limpieza.
- Identificación de situaciones de riesgo de salud
- Organizar, asegurar la presencia de las personas y ayudar en la acciones de educación de las rondas de las Brigadas Móviles en su comunidad.
- Papel de líder en catástrofes naturales o emergencias sanitarias, conectándose con la red de servicios de salud y siendo a veces la puerta de entrada al sistema, como lo demostró, ante el aislamiento de localidades y comarcas, ocasionado por el huracán Mitch
- Puerta de entrada a los programas del SILAIS, iniciando desde la base social, la red de servicios del sistema de salud
- Activo miembro del equipo de salud ante epidemias o enfermedades emergentes, actividades en IRA, SRO, control de focos, lucha anti-vectorial (malaria/dengue).

En suma los brigadistas han generado, junto a las parteras y Casas Base, una nueva red de proveedores comunitarios, que están fortaleciendo la red de establecimientos públicos.

Las Parteras Capacitadas también han sido un importante componente de la estrategia de participación comunitaria. Este recurso humano, que el PROSILAIS ha capacitado y re-orientado en su papel, cuenta con 1556 parteras capacitadas, con estas funciones:

- Continuar con su tradicional papel de atender los partos normales de su comunidad, debidamente normados y con recursos del PROSILAIS, para lo cual cuentan con maletín e insumos adecuados y suficientes para esta función.
- Educación a las mujeres, en especial a embarazadas y MEF (mujeres en edad fértil) sobre los contenidos educativos del programa de la mujer.
- Identificación de las embarazadas en riesgo materno para su referencia al nivel adecuado de la red asistencial.
- Participar y co-ayudar a los brigadistas a motivar y organizar las Jornadas de Salud, las rondas de las Brigadas Móviles y las Jornadas de limpieza.

También *las Casas Base* han jugado un importante papel en la participación comunitaria para servir de lugar de atención de las Brigadas Móviles. Se han constituido y están activas más de 1.700 Casas Base, aumentando desde 200 al comienzo del PROSILAIS en 1992. Los servicios que prestan estas Casas Base son gratuitos y no reportan beneficio económicos a sus propietarios, que las facilitan por solidaridad. También en estas Casas Base y en otros lugares comunitarios se han establecido más de 2.100 Unidades de Rehidratación Oral. Agregándose a lo anterior las Casa de

Parto y actividades de la mujer como las Comisiones de Mortalidad Materna y Centros Alternativos de Atención, como actividades ligadas al enfoque de género. Para mayor información ver párrafo 3.5.

Las Brigadas Móviles se constituyen, con un equipo de médicos, enfermeras, dentistas, auxiliares de enfermería y de farmacia y otros funcionarios, para atender a lugares aislados en rondas sistemáticas mensuales. Estas Brigadas Móviles son un aporte al sistema de salud del PROSILAIS y han significado la creación de un nuevo nivel de atención, que viene a fortalecer la red asistencial del MINSA. Esta experiencia se ha difundido a otros SILAIS. Además han seguido evolucionando incorporando a otros sectores como justicia para inscribir recién nacidos, formalizar uniones matrimoniales y resolver problemas legales de la familia. También se ha incorporado la municipalidad para resolver problemas de su ámbito. Por tanto este perfeccionamiento de la Brigadas ha dado origen a *las Brigadas Intersectoriales*. Todos los SILAIS del Proyecto han desarrollado este tipo de Brigadas, alcanzado a más de 300 localidades aisladas. Cabe destacar que después del Huracán Mitch estas Brigadas han sido fundamentales en conectar los lugares aislados con la red de servicios, ya que los habitantes de estas zonas no pueden, por la condición de los caminos, asistir a los Puestos y Centros de Salud.

Comentarios

La evaluación de la Misión y la jornada de evaluación participativa, ambas han destacado la importancia de la participación como uno de los logros mayores del PROSILAIS. Estos miles de Brigadistas, parteras capacitadas y colaboradores voluntarios, que en número de 6.570, han expandido la capacidad de acceso del SILAIS, acercado los servicios a la población, especialmente en las localidades y comarcas aisladas o distantes, transformándose en *una nueva puerta de entrada* a la red de establecimientos del SILAIS. Esta experiencia de generar una nueva puerta de entrada al sistema y *una nueva red más periférica de proveedores comunitarios* ha acercado más el sistema de salud al usuario, especialmente al más aislado o remoto, los cuales tenían un acceso muy restringido antes de este logro del PROSILAIS.

Sin embargo, aunque ha sido un logro este aporte en el proceso de atención de salud, de acuerdo a la definición de participación, los usuarios tienen un papel muy restringido y no influyente en el diagnóstico, identificación de problemas, priorización y la evaluación del proceso de salud, *lo cual es una debilidad del PROSILAIS, que debería ser corregida*.

Otra dimensión a reconocer en la evaluación ha sido el retroceso que significa el cambio de Juntas Directivas a Consejos Consultivos. Ya que estos últimos carecen de capacidad en la nominación del Director, opinar y respaldar los planes de salud de SILAIS y presentar al MINSA su desacuerdo con la gestión del Director.

Tampoco parece claro que exista la decisión de darle un papel más preponderante a la Municipalidad en la gestión descentralizada de los servicios de atención primaria. La misión ha constatado solo acciones de desconcentración a ese nivel, deteniéndose así la tendencia, que se venía observando en el Proyecto de descentralización municipal.

Recomendaciones

En suma la participación ha progresado inicialmente, como consecuencia de la incorporación, reconocimiento y mayores funciones de proveedores comunitarios o creación de comités participativos con capacidad de decisión. Sin embargo esta positiva tendencia se ha detenido al limitarse el papel de los proveedores a solo participar en la atención de salud comunitaria, al

retroceder en la nueva concepción de los Consejos Consultivos y el no avance de un papel descentralizado de la municipalidad para gestionar directamente las acciones de atención primaria.

Se recomienda incorporar las organizaciones de la sociedad civil y las ONGs en los Consejos Consultivos del SILAIS y de la Municipalidades.

También se recomienda su participación en todo el proceso de planificación del SILAIS y la incorporación del nivel municipal en la planificación y ejecución del plan.

3.5. Género, como Estrategia Integral del PROSILAIS

Definición

Análisis de la estrategia de transversalidad con relación a la aplicación de criterios de género en la ejecución del proyecto PROSILAIS.

La terminología género se refiere a atributos económicos, sociales y culturales, y oportunidades asociadas por ser hombre o mujer. En la mayoría de las sociedades, el ser hombre o mujer significa no solo tener diferentes características biológicas, sino también enfrentar diferentes expectativas sobre apariencia, calidades, comportamiento y trabajo apropiado al ser hombre o mujer. Género es diferencia de sexo por ser social y cultural en su naturaleza en vez de biológico. Es importante saber que los atributos y características de género no son estáticos, sino varían entre diferentes sociedades y cambian a través del tiempo.

La transversalidad de género significa no limitar esfuerzos para promover igualdad de oportunidades, y para movilizar toda la política general y medidas específicas con el objetivo de igualdad. Las dimensiones de género e igualdad, deberían ser considerados en todas las políticas y actividades; en las fases de la planificación, de la formulación, implementación, monitoreo y evaluación.

Hallazgos

El trabajo realizado por PROSILAIS hace énfasis en la mejora del nivel de salud. A juicio de los consultores, los problemas son de tal carácter que la estrategia de enfoque de género en todas las actividades es secundaria en la mayoría de los municipios y SILAIS. Todos los SILAIS han tenido algún tipo de capacitación en aspectos de análisis de género en general, pero no se ha cambiado la óptica. La mayoría ven todavía, el aspecto de género como un aspecto de mujeres. La discriminación, degradación o violencia sexual son frecuentes en Nicaragua. En el tema de violencia intra-familiar, se ha trabajado principalmente con mujeres, una excepción es Estelí, donde se ha trabajado de forma intersectorial coordinado por la ONG Acción Ya y capacitando a la policía y otros sectores de la sociedad. Además se han realizado pláticas con grupos mixtos de hombres y mujeres. Según Acción Ya, solamente un 5% de los capacitados son hombres y el contacto con ellos han logrado a través del consejo consultivo. En Nueva Segovia está el PROSILAIS financiando una ONG, FUNDEMUNI que en colaboración la Comisaría de la Mujer, trabaja con este problema a nivel psicosocial, jurídico y de capacitación. Aunque las acciones están dirigidas únicamente a mujeres, se hace un trabajo excepcional para aliviar los efectos.

Las cifras de mortalidad materna presentan inconsistencias, sin embargo en las visitas efectuadas los entrevistados reportan una disminución de la mortalidad materna. Esto ha sido posible por las acciones de captación de embarazo, control prenatal y atención y valorización de la mujer. En comunidades alejadas, por ejemplo en la montaña, se han trasladado mujeres en hamaca al momento de inicio del trabajo de parto. Se necesita un equipo de hombres que hacen turno para

cargar al paciente. Además, existen *casas maternas* en los municipios más grandes, en donde la mujer embarazada llega unos 15 días antes del parto. En la casa materna, la mujer descansa, se alimenta y nutre, se mantiene en un ambiente limpio y sano y permanece en ella varios días después del parto. El promedio de estancia en casas maternas es 21 días (casa materna Mery de Barreda en Ocotal, Nueva Segovia). Además durante la estadía en la casa se brinda capacitación en educación sexual, salud materno-infantil, planificación familiar, medio ambiente, derechos de la mujer y la niñez y solidaridad de los géneros. En Estelí se realizan auditorías de las muertes maternas, algo que se debe hacer en todos los SILAIS.

En MINSA existe un sistema de información desagregada por sexo para la consulta médica, sin embargo no siempre se analiza y presenta la información desagregada por sexo. Por ejemplo, el material de presentación de PROSILAIS elaborado por MINSA con apoyo de UNICEF y OPS, no presenta estadísticas desagregadas por sexo, tampoco aborda el tema de enfoque de género a profundidad (cuatro documentos 1. Parteras en los SILAIS de Nicaragua 2. Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios voluntarios 3. Brigadas Médicas Móviles en Nicaragua y 4. Casas Maternas en Nicaragua, publicados en 1999).

En los documentos del proyecto y de la programación se considera género como una actividad anexada y no como algo integral en todas las actividades. A nivel de los SILAIS y en las agencias (OPS, UNICEF) y ONGs, hemos encontrado personal muy capaz de realizar el análisis de enfoque de género. De acuerdo al técnico de OPS, los directores de SILAIS y médicos mayores de 35 años tienen mayor dificultad en aprovecharse de este análisis, con excepciones en algunos SILAIS y municipios. En cambio los médicos jóvenes son susceptibles al tema y tienen interés.

Comentarios

El Proyecto tiene prioridades de atención de la salud a niños, mujeres embarazadas, mujeres, adolescentes hombres, hombres, en este orden de prioridad. Aunque los adolescentes y hombres se sienten discriminados, según las prioridades establecidas del Proyecto y pensando en que el hombre tiene el poder económico de la casa, esta determinación de prioridades nos parece adecuada. En relación a la participación en nivel de gestión, nos parece que existe relativamente una buena distribución entre hombres y mujeres, aunque las personas del nivel MINSA central son dominados por mujeres y los directores a nivel SILAIS son principalmente hombres. Los médicos en los puestos de salud están bien representados tanto por mujeres como hombres, igual como los brigadistas. Aunque las parteras (98%) y enfermeras son principalmente mujeres.

El BID va a apoyar con un fondo de maternidad segura, que incluye el niño hasta un año de edad. El proyecto se verá afectado por la reducción de personal que se está llevando a efecto en MINSA, en los últimos meses esto ha afectado a unos 500 trabajadores (principalmente médicos), muchos de ellos mujeres que ahora se encuentra en desempleo. Esta reducción es parte del programa de modernización del estado apoyado por el Banco Mundial y BID.

La Misión fue informada de que debido a la insuficiencia de fondos, hay planes de cerrar varias comisarías de la mujer, dónde principalmente se atienden y se reciben demandas por parte de ellas relacionadas con diferentes tipos de delito como es el caso de violaciones de sus derechos. Hay también planes de entrenar en la policía a hombres para poder atender a mujeres.

En general el Proyecto PROSILAIS tiene consideraciones de género, aunque no se puede considerar como una de las estrategias más priorizadas. UNICEF/OPS quieren involucrar el tema género en transversalidad. UNICEF refiere que faltan herramientas para el análisis y capacitación.

La encuesta Nicaragüense de demografía y salud revela que un 48% de mujeres de clase social baja en la área rural se embaraza antes de los 19 años, 22% antes de los 17 años. Hay mujeres que a la edad de 21 años tienen ya 4 hijos. Esto representa un desgaste físico y mental para la mujer. Además se limitan sus posibilidades de estudiar o trabajar. Ante esta situación un 26% de las mujeres deciden esterilizarse. La esterilización masculina es de 0.3%.

Recomendaciones:

- Es necesario y relevante a hacer un análisis y revisión sobre como se puede profundizar en la aplicación del enfoque de género en el proyecto. UNICEF en Nueva York y OPS en Washington han trabajado el tema de género a profundidad, habiendo desarrollado estudios y metodologías para abordar con enfoque de género los programas y proyectos de salud. También Asdi ha desarrollado metodologías que se podrían aprovechar en el proyecto. Además hay recursos nacionales¹⁰. El proyecto debería de utilizar de una manera más efectiva esta capacidad y experiencia técnica.
- Las actividades en el área de violencia doméstica en el SILAIS de Estelí deberían ser sistematizados y reproducidos a otros SILAIS en forma directa. Es importante involucrar todos sectores de la sociedad en esta tarea, cómo la Policía, ONG's, Consejo consultivo, el sector académico y la alcaldía. Es muy importante trabajar tanto con mujeres como con hombres. También aquí hay experiencia técnica y material en Asdi que se podría aprovechar.
- El tema de masculinidad, es un tema de importancia a abordar en Nicaragua, por ser un país "machista". Tanto mujeres como hombres aceptan la violencia intrafamiliar como un hecho y algo natural. La presión del grupo de ser "un verdadero hombre" es fuerte entre los varones, la imagen del hombre incluye que no se pueden mostrar los sentimientos, que a la mujer le corresponde realizar los deberes de la casa y el cuidado de los niños, y que la violencia, el alcohol y la promiscuidad son cosas de hombres. OPS tiene experiencia en el tema, además existe un red de hombres en Nicaragua que trabaja con el tema. Sería importante que a través del PROSILAIS por lo menos se empiece a abrir el diálogo sobre el tema de la masculinidad.
- Los temas de salud reproductiva, educación sexual y educación de la vida, son importantes temas para elevar la calidad de vida y los derechos de la mujer. Otros temas incluyen información sobre métodos de protección sexual, espaciamiento entre niño y niño, la responsabilidad compartida entre hombre y mujer, enfermedades de transmisión sexual. También se debe de abordar la educación, información y análisis sobre HIV/SIDA, ya que este es un problema potencial en el país.
- Para la próxima fase, es importante incluir trabajo de comunicación social, trabajo psicosocial. Ninguno de los puestos de salud o SILAIS visitados tiene personal técnico que pueda abordar estos temas. Sería conveniente que se asegurase la existencia al menos un recurso humano con experiencia en acciones comunitarias de salud mental en los SILAIS.
- Es necesario tener indicadores por género e indicadores por temas de género.
- Referente a estadística por género, SCB (statistiska centralbyrån) ha producido un libro que ha tenido reconocimiento internacional titulado "engendering statistics". Este libro sale a publicación en febrero 1999, en español. Incluye métodos, análisis y ejemplos de talleres en el tema. Los de SCB han trabajado, con las estadística de otros países hispanohablantes como por ejemplo Chile.

¹⁰ Por ejemplo Sonia Agurto que ha trabajado en otros proyectos de Asdi en el país

3.6. Aspectos Económicos y Financiero del PROSILAIS

Definición

En los aspectos económicos y financieros consideramos la distribución de fondos entre el proyecto PROSILAIS y otros donantes en el área de acción del proyecto. El papel de coordinación de la cooperación externa que realiza el MINSA y la distribución de los fondos entre diferentes tipos de actividades, niveles y áreas.

Hallazgos:

En relación a la distribución de los fondos en los seis SILAIS del proyecto se encontró lo siguiente:

- Los aportes menores de alcaldía etc. no se consideran ni en el presupuesto de PROSILAIS, ni en el presupuesto del MINSA
- El presupuesto Asdi en 1999, ha sido asignado un 18% del total a las agencias, 11% a MINSA central, 34% a los SILAIS (incluye asignaciones a los municipios), 33% a equipos y suministros, 4% a monitoreo y evaluación. La asignación por SILAIS es de 6% respectivamente para cada uno de los SILAIS de León, Chinandega, Estelí y Nueva Segovia. Los SILAIS de Madriz y RAAS tienen una asignación correspondiente al 5% cada uno.
- De acuerdo a la programación PROSILAIS 1996-1999, la distribución por áreas de apoyo fue la siguiente: 25% a Atención integral de la mujer, 24% a Higiene y Epidemiología, 12% a Docencia y investigación, 10% a Coordinación nacional de PROSILAIS, 8% van a Sistemas de Información y 8% a Servicios de Salud, 2% a Recursos Humanos y 2% a Administración financiera.

Los procedimientos de solicitud de fondos y rendición de cuentas son complicados, y se complica todavía más para el personal cuando éstas tienen que presentarse en dólares.

Según algunas agencias donantes entrevistadas, el MINSA no ejerce todavía un importante papel en la coordinación de los donantes. Recientemente han habido esfuerzos para reunir a la comunidad donante, pero ha sido más una presentación de los planes del Ministerio (y Banco Mundial) que un diálogo con los donantes. El gran número de participantes y lo prolongado de las sesiones no facilitan que se pueda realizar un verdadero diálogo y discusión estratégica.

Comentarios

El MINSA central se coordina un total de 40 proyectos de cooperación externa. Cada donante tiene sus propios procedimientos de rendición de cuentas. Del presupuesto nacional de 1,270 millones de córdobas, unos 26 millones de USD (aprox. 285 millones de córdobas) provienen de fondos externos. Además durante los próximos dos años se espera poder contar con el Fondo Social suplementario, donde Suecia entre otros donantes participan, con un total de 33 millones de USD (aprox. 365 millones de córdobas). Las empresas provisionales del Ministerio de Salud también contribuyen al presupuesto nacional Salud (i.e.: Policlínica Central y hospital Alemán-Nicaragüense, con 10 y 8 millones de córdobas respectivamente). De acuerdo a la Dirección Administrativo Financiera del MINSA, la asignación del presupuesto nacional entre atención primaria, atención secundaria y administración es 40%-40%-20%. Con el nuevo programa de fortalecimiento institucional de Banco Mundial se va a abrir el mercado privado con un seguro médico y rehabilitación de los hospitales.

Recomendaciones:

Se sugiere que el MINSA conforme el *Comité de Donantes permanentes de los SILAIS*, que debiera reunirse cuatro veces al año, con la meta principal de coordinar el apoyo que se brinda a los SILAIS, unificar el proceso de la descentralización y el manejo de los reportes, informes, presupuesto, formatos de rendición de cuentas. Este comité deberá contar con participación del más alto nivel de dirección del MINSA (Ministro, Vice-Ministro)

3.7. Cooperación de Sociedad Civil y ONGs

Definición

El abordaje de los problemas de salud de la población requiere del esfuerzo colectivo y organizado de todos los actores sociales interesados o involucrados en la creación de condiciones adecuadas para la salud. Es el esfuerzo multisectorial y pluralista el que permite abordar los problemas de forma integral y potenciar el uso de los escasos recursos disponibles. Los servicios de salud por sí solos, son capaces de resolver únicamente algunos aspectos del proceso salud-enfermedad

En Nicaragua hay un gran número de organizaciones públicas y privadas (con o sin fines de lucro) que realizan actividades relacionadas con salud. Algunas laboran en los mismos territorios en donde trabaja el sector público, prestando servicios semejantes a los del sector público, ofreciendo servicios que el sector público no está en capacidad de brindar o desarrollando iniciativas para el abordaje de problemas específicos de salud o para la atención a grupos de riesgo a los cuales no llega el sistema público de servicios. El PROSIL AIS se planteó entre sus objetivos *aumentar los contactos y acuerdos entre los SILAIS, organizaciones y grupos locales que implementan actividades en el sector salud.*

Hallazgos

El PROSIL AIS planteó tres objetivos específicos: tener en todos los Municipios consejos de salud funcionando, financiamiento de centros alternativos (30) e incremento del número de organismos en el territorio que coordinan actividades con el SILAIS.

El equipo evaluador pudo observar que a lo largo de los años de ejecución del PROSIL AIS se ha logrado establecer una mejor coordinación SILAIS (incluye la dirección del SILAIS o las unidades de salud en los Municipios) y diversos organismos que realizan actividades en el territorio. Han habido experiencias muy positivas como la relacionada con el abordaje de la violencia doméstica en Estelí en donde la ONG Acción Ya y varias instituciones (incluyendo el SILAIS) han sumado esfuerzos para enfrentar esta problemática. En este caso se ha llegado a plantear que esta experiencia sirva de modelo a los demás SILAIS para el desarrollo de sus actividades en este campo y utilizar como un centro de referencia para el aprendizaje de los demás SILAIS. Hay otras experiencias en donde la coordinación es muy puntual o se reduce al intercambio de experiencias o de información. En otros casos se ha logrado integrar a estos organismos en los procesos de planificación y programación del MINSA. La coordinación e integración del sector privado es todavía muy débil y poco frecuente.

El progreso alcanzado en esta área no es semejante en todos los municipios, con diferentes grados de avance y de profundización. Se identificó además que a pesar de los avances se hace necesario continuar fortaleciendo la capacidad de gestión y liderazgo de los equipos de salud en esta tarea.

Por otro lado, los equipos municipales de salud buscan siempre la coordinación con las autoridades locales (alcaldías). Cabe mencionar la experiencia de los municipios y escuelas saludables en el SILAIS León.

Existen consejos consultivos en todos los municipios, los miembros entrevistados muestran interés y preocupación por la salud de sus comunidades y voluntad de cooperar para lograr el mejoramiento de la situación de salud del Municipio. Sin embargo la composición establecida para el consejo no permite la participación de grupos representativos de ONG's u otros grupos organizados de la sociedad civil. Este es un punto que convendría ser revisado por el MINSA al igual que su mandato con el fin de que el establecimiento de los mismos contribuya a fortalecer y profundizar la descentralización.

Durante el período de ejecución del PROSILAIS se logró brindar financiamiento a centros alternativos. El equipo evaluador logró entrevistarse con algunos de estos y en general los centros consideran que el apoyo brindado fue oportuno y permitió fortalecer al organismo. Sin embargo los organismos sugieren que haya una mejor y más amplia divulgación de los mecanismos para poder tener acceso a los fondos y una mayor agilidad en la comunicación de los resultados sobre la aprobación o rechazo de las propuestas presentadas.

Comentarios

A nivel nacional, y particularmente en los últimos dos años han existido algunas tensiones (intentos por introducir mecanismos de control, intentos de suspender exoneración de impuestos, etc.) entre el gobierno y las ONG's que no facilitan el desarrollo de un clima de confianza y cooperación mutua.

En el último año del proyecto se ha cambiado la modalidad de brindar apoyo a ONG's, haciéndose una convocatoria pública y un proceso de evaluación de la capacidad gerencial de las mismas. Los resultados de esta experiencia deberán ser evaluados al final de este año y comparados con la modalidad anterior con el fin de brindar más elementos sobre formas y mecanismos que permitan fortalecer la participación en salud de las ONG's y sociedad civil en salud.

En algunos casos habrá necesidad de brindar apoyo a grupos organizados comunales que aunque no estén constituidos jurídicamente, representan y trabajan por los intereses de la comunidad. Se podría pensar que estos grupos necesitarán de mecanismos diferentes de seguimiento y apoyo.

Conclusiones

En general se puede decir que los equipos de salud están más sensibles y abiertos a la coordinación con otros sectores sociales y ONG's, sin embargo hace falta mucho para lograr un fortalecimiento y consolidación de la participación de la sociedad civil y ONG's en el quehacer de salud. Todavía se está en el proceso de crear confianza entre las partes y aprender a respetar sus respectivos roles. Se requiere de mayor apertura por parte del Gobierno con el fin de poder abrir espacios reales y significativos para esta participación. Se debería aspirar a establecer planes conjuntos y participar en los procesos de definición de prioridades, seguimiento y evaluación.

El fortalecimiento de la participación de la sociedad civil y ONG's en salud debe ser una actividad prioritaria. Debe haber apertura para poner en práctica mecanismos de apoyo que se adecuen a las características y desarrollo organizativo de los grupos con quienes se van a coordinar actividades.

3.8. Planificación, Indicadores, Monitoreo y Vigilancia Epidemiológica

Definición

Con el fin de asegurar una ejecución adecuada del proyecto y conocer si las actividades realizadas conducían al cumplimiento de los objetivos planteados el PROSILAIS se propuso trabajar en el fortalecimiento de las actividades de planificación, monitoreo y vigilancia epidemiológica de los SILAIS.

Hallazgos

El documento de proyecto define indicadores de impacto y proceso acordes con las políticas y programas nacionales del MINSA. En esta sección presentaremos un resumen de los procesos desarrollados y señalaremos las principales metas alcanzadas. Un análisis más detallado de los indicadores y resultados obtenidos con la ejecución de PROSILAIS se presenta en el Anexo “Informe preliminar de evaluación de los indicadores de impacto y proceso del proyecto PROSILAIS entre 1993-1997”.

Proceso de planificación. Durante todo el período de ejecución del PROSILAIS se logró la realización de planes anuales por municipio. El número de planes municipales elaborados va en aumento desde 1992 hasta 1997 en donde casi el 100% (50 de 55) de los municipios están elaborando planes municipales de salud. No se ha logrado una participación plena de los actores sociales en la elaboración de los planes municipales en todos los municipios, sin embargo esto se está llevando a cabo en algunos de ellos. No es posible cuantificar este número. En algunos de los municipios visitados se sugirió hacer un esfuerzo de mayor coordinación entre los procesos de programación y planificación anual del MINSA y la programación/planificación del PROSILAIS. También se realizan evaluaciones anuales de la ejecución de los planes. Los datos registrados reflejan que en 1997 cerca de un 50% de los municipios reporta la realización de evaluaciones anuales¹¹. El enfoque de género en los procesos de planificación y programación no se aplica de manera suficiente.

Monitoreo y vigilancia epidemiológica. El PROSILAIS utiliza el sistema de información y vigilancia epidemiológica del MINSA para dar seguimiento a los indicadores de impacto y proceso del proyecto. En este sentido se pueden ver avances importantes en la recolección y análisis oportuno de la información. Las salas de situación son el instrumento que se utiliza para el monitoreo del comportamiento de los indicadores prioritarios. Las diferentes gráficas y tablas que se llevan permiten el monitoreo mensual o semanal de algunos indicadores. Por otro lado el sistema de vigilancia epidemiológica permite un monitoreo diario de un número de patologías prioritarias. El MINSA ha puesto en marcha el sistema de vigilancia de insumos críticos que permite el monitoreo de las existencias de 20 productos farmacéuticos a nivel en las diversas unidades. Todos estos procesos necesita aún consolidarse, particularmente en lo referente al análisis de la data a nivel comunitario y la utilización de la misma para la toma de decisiones.

En algunos lugares ya sea a nivel de los SILAIS o a nivel municipal se han dado iniciativas tendientes al uso de la investigación como un instrumento para conocer con más profundidad determinada problemática y tener elementos para reorientar actividades o recursos. Esta práctica aunque no está presente en todos los municipios, es indicativa del interés que existe por encontrar nuevas pautas para la acción.

Indicadores

La evaluación de los indicadores de proceso e impacto antes mencionada revela algunas debilidades en la definición de los mismos que hace difícil poder cuantificarlos, ya sea porque no se han precisado metas específicas a alcanzar o no se ha definido bien el denominador a utilizar o bien no se han hecho las previsiones necesarias para definir los instrumentos y procedimientos para la recolección de la información. La evaluación también refleja que no hubo en su momento una

¹¹ Es posible que exista un subregistro de esta data ya que no hay un mecanismo específico de recolección de esta información.

determinación de línea base y que una determinación a posteriori de la misma no es posible para todos los indicadores ya que existen inconsistencias entre los datos existentes a nivel de municipio y SILAIS.

Comentarios

Una limitante importante en el sistema de información del MINSA es que los formatos existentes no permiten la desagregación de la información por sexo, ni por grupos específicos de población, por ejemplo población adolescente.

El registro de actividades de la red comunitaria no está todavía incorporado en el sistema nacional de información en salud. Sería importante realizar esfuerzos tendientes a lograr que esta data forme parte del sistema nacional de información en salud.

El monitoreo de indicadores no incluye el análisis sistemático de data presupuestaria, financiera y de costos.

Conclusiones

A continuación presentamos una tabla resumen con el análisis de algunos indicadores de salud en los SILAIS del proyecto y su comportamiento en el período 1992-1997.

Indicador	Meta alcanzada y/o tendencia
Consultas médicas totales	Tomando como base 1994 y con datos de 6 SILAIS (1,103,496 consultas) se observa un incremento secuencial de 41% en 1995, 50% en 1996 y 60% en 1997. El resultado esperado era de 30% de incremento de las consultas.
Muertes perinatales	La tendencia global (todos los SILAIS) como en cada departamento fue de un incremento evidente en el número de muertes perinatales desde 1992 (221 muertes) hasta 1997 (472 muertes perinatales). Los SILAIS con más reportes de muertes en el período son Estelí y Chinandega.
Mortalidad por diarrea en menores de cinco años	Los datos se registran de forma homogénea a partir de 1993 cuando se reporta una tasa global para todos los SILAIS de 1.0 x 1000, es resto del período la tasa se mantiene por debajo de esta cifra en todos los SILAIS con excepción de la RAAS.
Mortalidad por IRA en menores de cinco años	El comportamiento es similar a la mortalidad por diarreas. Las tasas globales oscilaron entre 0.8 x 1000 en 1992 hasta 0.4 x 1000 en 1997 con excepción de la RAAS.
Captaciones de embarazadas en el primer trimestre del embarazo.	Aunque no existe una tendencia semejante en todos los SILAIS a nivel general se observa una tendencia a la disminución en la proporción del total de captaciones de embarazadas que ocurren durante el primer trimestre. Este comportamiento refleja un 37% en 1995 y un 30.2% en 1997.
Relación embarazos normales y alto riesgo obstétrico (ARO)	Las cifras reportadas reflejan que la proporción de ARO del total de embarazos captados es de un 40% en el período 95-97.
Relación puerperio normal y complicado	Se muestra una tendencia al descenso de la proporción de puerperios complicados en período 94 (6.2%)-97 (4.6%)
Comités de uso racional de medicamentos	Hay 30 comités formados, aunque no se pudo establecer su grado de funcionamiento.
Pacientes referidos por personal comunitario	Se observa un incremento creciente del número de referencias de personal comunitario cada año.

3.9. Impacto y Sustentabilidad del PROSILAIS

Al término de la segunda fase del Proyecto los indicadores de salud han demostrado una importante tendencia a mejorar significativamente en comparación con el resto del país, salvo la situación de la RAAS, pero si esta se compara con una situación sanitaria y ambiental similar, como sería la RAAN, se observa también similar y significativo progreso (ver párrafo 3.8). Esta información estadística del Ministerio y del Proyecto ha sido refrendada por la “Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998”, donde se ha demostrado que los cinco SILAIS departamentales del Proyecto tienen coberturas mejores que los promedios nacionales en áreas como cuidado prenatal, asistencia profesional del parto, hidratación oral de casos de diarrea infantil, inmunizaciones e información sobre ETS proporcionada por el equipo de salud. Similares hallazgos se muestran cuando se compara la RAAS con la RAAN.

Siendo *la mortalidad materna* tema prioritario de Proyecto, cabe remarcar el alto impacto sobre esta mortalidad, que ha disminuido con una tendencia significativa (ver párrafo 3.8). Esta mejoría se podría explicar como resultado de acciones como:

- educación sobre salud materna por el equipo de salud incluyendo las mas de 1.500 parteras empíricas entrenadas y los otros 8.000 brigadistas y COLVOLS,
- aumento de detección del embarazo, como resultado de la mayor cobertura del SILAIS y de mejor la dotación de laboratorio,
- Control prenatal en las visitas de las Brigadas Móviles a las localidades apartadas
- control prenatal, con un rango de cobertura en los cinco SILAIS departamentales de 95%-85% y entre RAAS y RAAN, 67%-61%, promedio nacional 81.5% (INEC, Encuesta Demográfica y Salud, 1998)
- asistencia profesional del parto, rango de 75%-53% y RAAS vs. RAAN 45%/ 38%, promedio nacional 64.6%, mismo estudio de INEC.
- Auditoria sistemática de cada muerte materna para establecer las recomendaciones de prevención de la muerte materna.

Similar impacto se ha visto sobre *la mortalidad infantil*, que se ha ubicado bajo los promedios nacionales de 40 p.1.000 n.v., según estudio de INEC o de 50/1000 según data del MINSA. En los SILAIS del Proyecto la Mortalidad Infantil tiene un rango de 44 a 29 y la RAAS 42 en comparación con 62 de la RAAN. Este progreso es el posible resultado de:

- el creciente porcentaje de embarazadas bajo control prenatal, rango en SILAIS 95%-45%(RAAS).
- Alta cobertura de vacunación antitetánica materna, rango en SILAIS 94-89%, salvo RAAS 77%, comparada al promedio nacional de 85.8% (INEC, Encuesta Demográfica y Salud, 1998)
- Altos porcentajes de coberturas en todas las inmunizaciones infantiles, a niveles protectivos poblacionales y se han sumado vacunas anti-hemophilus y anti-varicela.

MUNICIPIOS	BCG	DPT3	POLIO3	SARAMPION
Nueva Segovia	85%	95%	97%	91%
Madriz	100%	94%	96%	97%
Estelí	97%	93%	93%	100%
Chinandega	96%	89%	88%	89%
León	97%	85%	91%	93%
RAAS	88%	71%	69%	74%
PAIS	95%	79%	83%	86%

(INEC, Encuesta Demog. y Salud, 1998)

Estos niveles de protección inmunitaria de la población infantil han permitido la erradicación del virus salvaje de la Poliomielitis, el control del Sarampión con ausencia de casos desde hace dos años, la baja de la incidencia de tétanos, tos ferina y difteria.

La lucha anti-vectorial de los equipos de atención primaria y de proveedores comunitarios que ha disminuido los casos de malaria y dengue.

Este importante avance en mortalidad infantil, todavía muestra grandes diferencias entre área urbana y rural, agregándose a esto los riesgos nutricionales que han determinado los daños agrícolas y de vivienda del Huracán Mitch, así como el aun muy precario saneamiento ambiental.

En el problema de *desnutrición* no ha mejorado adecuadamente, ya que todos los SILAIS del Proyecto muestran porcentajes de desnutrición entre el 30 al 40%, en los menores de 5 a., lo cual se agravará por los efectos del Huracán Mitch, por pérdida de tierra laborable y el daño de la tierra arable por deposito de arena y sedimentos de las inundaciones. Agregándose a ello, el efecto psicológico post-traumático de este desastre natural, que repercutirá en la tercera cosecha de la Región, ya habiéndose perdido la segunda por el Huracán.

Otras patologías emergentes como *el Cólera y la Leptospirosis* han mostrado una tendencia a la declinación, sin embargo se observaron algunas alzas después del Huracán Mitch, pero sin desarrollarse brotes epidémicos mayores, salvo uno menor en el norte de Nueva Segovia, el que fue controlado sin que se expandiera.

En suma se puede sostener que *las dos fases del Proyecto han hecho un impacto significativo demostrable en los indicadores de salud*, estableciéndose una tendencia a su disminución, como lo establece el párrafo 3.8, sobre indicadores.

Sustentabilidad

Este impacto permite, que la propuesta del modelo de atención de salud del PROSILAIS pueda lograr su sustentabilidad en el tiempo, basándose en las siguientes argumentaciones:

A nivel Ministerio:

- El documento sobre Modernización identifica la estrategia de Atención Primaria como una de las ideas fuerza de la Reforma.
- La Ministro y la Vice Ministro han corroborado a la Misión el fundamental rol del PROSILAIS en los logros e impactos en sus SILAIS y han manifestado su petición expresa de continuidad de la tercera fase, con el total apoyo del nivel central al Proyecto y sus estrategias fundamentales como descentralización, sensibilidad de género, participación social y aumento de la capacidad resolutive del personal de atención primaria, incluyendo temas como calidad y trato al usuario.

A nivel de los SILAIS:

- Haber creado una nueva red de atención de salud mas periférica, de mas de 10.000 proveedores comunitarios entrenados y motivados como brigadistas, parteras entrenadas, colaboradores voluntarios y representantes de las Casas Base, a nivel de la base social misma, donde son reconocidos como líderes naturales de salud.
- Hacer capacitado una masa critica de miembros de los equipos de los SILAIS en aspectos gerencia y técnicas de salud
- Haber desarrollado la infraestructura, el equipamiento de salud, la capacidad computacional y los medios de transporte para apoyar las acciones del Proyecto
- Haber desarrollado la estrategia de atención de las Brigadas Móviles para expandir la cobertura en los lugares donde solo ha llegado salud y no otros sectores de Gobierno
- Haber desarrollado una profunda relación con la sociedad civil del SILAIS a través de estructuras participativas e intersectoriales como las Juntas Directivas de ayer y los Consejos Consultivos actuales, los Consejo Municipales de Salud, Comités contra la violencia familiar, Unidades de rehidratación oral, Casas de Parto, visitas intersectoriales de las Brigadas Móviles y la creciente, aunque aun débil, relación con las ONGs de salud.

Estos antecedentes permiten establecer que al término de la segunda fase del PROSILAIS, se ha logrado la sustentabilidad del modelo de atención, solo faltando completar la descentralización financiera real a nivel del SILAIS y de las municipalidades, la disminución del rol de apoyo de las agencias ejecutores en busca de una gestión local menos dependiente de estas agencias y lograr relacionarse mejor con el sistema de salud privado sin fines de lucro ONG's.

4. Cobertura y Calidad de la Atención Primaria

4.1. Niveles de Atención de Salud

*Definición*¹²

El Sistema Nacional de salud basa su accionar en el funcionamiento de 17 Sistemas locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con redes de servicios organizados en dos niveles de atención.

El primer nivel de atención comprende el conjunto de acciones que desarrolla la familia, la comunidad, los individuos y los servicios básicos de la población, así como aquellas acciones institucionales que desarrollan los servicios municipales de salud, con los recursos que conjuntamente disponen.

El PROSILAIS dirige sus acciones al fortalecimiento del primer nivel de atención en los 55 municipios de los seis SILAIS seleccionados. En esta sección por tanto abordaremos únicamente el funcionamiento del primer nivel de atención en estos municipios.

Hallazgos

A lo largo de los años de ejecución del PROSILAIS se ha logrado establecer una amplia red de participación, acciones y servicios en salud a nivel comunitario y municipal (el Anexo presenta la composición de esta red en cada uno de los 6 SILAIS participantes en el proyecto).

¹² Avances Reformas del Sector Salud. Dirección General de Políticas y Desarrollo. MINSA. Agosto 1995.

A nivel comunitario las familias y los individuos participan en acciones comunitarias de promoción de higiene y saneamiento ambiental, además del autocuidado que ellos practican. Los brigadistas de salud, parteras y colaboradores voluntarios realizan principalmente actividades de promoción, educación, detección de riesgo, medicación antimalárica, transferencia de casos y atención del parto. Las casas bases representan otro elemento importante de la red posibilitando que la comunidad cuente con un punto de referencia para la atención de problemas específicos de salud (principalmente la rehidratación oral) y un punto en donde el equipo de salud del Municipio pueda llegar a brindar diversos servicios (consulta médica, vacunaciones, control prenatal, vigilancia de crecimiento y desarrollo, educación sanitaria, etc).

En zonas de difícil acceso, las brigadas móviles o visitas integrales se han convertido en la estrategia para asegurar cobertura y servicios a estas poblaciones. Además en algunos casos se han utilizado estas acciones para coordinar que servicios no-médicos lleguen a la población como por ejemplo el registro del estado civil.

A nivel institucional los puestos y centros de salud además de prestar servicios preventivos y curativos, brindan apoyo y seguimiento a la red comunitaria. La sectorización del territorio, en donde se asigna responsabilidad por determinadas comunidades o territorios a personal específico de salud, facilita el seguimiento y atención a la red comunitaria.

Los centros y puestos de salud han logrado mejorar su equipamiento. Esto paralelo a la capacitación del personal ha permitido mejorar la calidad de la atención y el nivel de resolución en algunos lugares. En otros se ha iniciado la aplicación de estándares de enfermería en este nivel lo que una vez implementado en todos los municipios permitirá mejorar la calidad de la atención. Fue posible además observar que en los puestos y centros de salud hay una mayor comprensión y valoración del trabajo de la red comunitaria y preocupación por el apoyo y seguimiento a la misma.

La eficacia y madurez de esta red quedó probada con el Huracán Mitch, en donde su organización y participación permitió controlar la situación de salud, asegurar el abastecimiento de cloro para purificar el agua de consumo y evitar que aparecieran brotes epidémicos.

El desabastecimiento de medicamentos parece ser la queja principal de la población en relación a los servicios de salud en este nivel.

El Anexo 4 presenta las tendencias del desarrollo de algunas acciones en el primer nivel de atención durante el período 1992-97.

Comentarios

Los miembros de la red comunitaria han alcanzado grandes niveles de participación, algunos de ellos tienen muchos años de participar en las acciones de salud y reclaman que están en posibilidades de poder realizar actividades que les permitan resolver un mayor número de problemas en las comunidades. Esta red es esencial para el aseguramiento de la atención a nivel local, los miembros de la red conocen bien los problemas de salud de su localidad y son un eslabón esencial en la coordinación con las acciones institucionales. No se han hecho esfuerzos suficientes para incluir a los miembros de la red en los procesos de planificación, priorización de actividades, asignación de recursos, seguimiento y evaluación de las acciones en salud.

A pesar de los logros alcanzados en el establecimiento de la red comunitaria, todavía esta red trabaja un poco aislada de la comunidad.

Conclusiones

La situación de pobreza del país y especialmente en la mayoría de los municipios que apoya el PROSILAIS hace necesario que en se piense en un modelo atención en donde se integre la lucha contra la pobreza como principal actividad intersectorial y la atención primaria como principal estrategia de trabajo.

Los daños causados por el Huracán Mitch requieren del desarrollo de otros programas relacionadas con la prevención de la desnutrición y la protección del ambiente.

Es necesario desarrollar una estrategia que permita ver hacia el futuro el papel y nivel de resolución que deberán tener los brigadistas de salud. Esto plantea además la necesidad de revisar el papel y perfil de la auxiliar de enfermería en el puesto de salud.

4.2. Capacidad Gerencial

Definición

Toma de decisiones y la capacidad administrativa en nivel MINSA, SILAIS y Municipios.

Hallazgos

La prueba de fuego del nivel de dirección a los diferentes niveles del Proyecto se enfrentó al final del año pasado con el huracán Mitch. Las áreas mas afectadas de Mitch fueron los departamentos dónde opera el PROSILAIS. Durante el periodo de emergencia, la red comunitaria de estos SILAIS trabajó con iniciativa y organización, y fue capaz de actuar y apoyar a la población damnificada con fraternidad y conocimiento. Se logró realizar acciones de cloración de las fuentes de agua en poco tiempo, evacuar a la población, organizar albergues, realizar acciones de salud mental y brindar regalos para los niños en época de navidad. Los héroes fueron los brigadistas, las casas base, las ONGs, los puestos de salud y los SILAIS, las alcaldías, el MINSA, OPS y UNICEF. El trabajo realizado y en coordinación intersectorial, actuando con rapidez y conocimiento, es una señal de que existe ya madurez en los SILAIS para asumir una responsabilidad mayor. Durante la la evaluación anual, la Misión pudo recibir un informe sobre la organización, daños, pérdidas y logros relacionados con el Huracán Mitch y los esfuerzos realizados para enfrentar este desastre.

Los dirigentes del nivel central de MINSA: La Ministra, la Vice-Ministra y La Coordinadora nacional de PROSILAS, son personas muy capaces, con una visión amplia del desarrollo del sector de Salud según la opinión de los consultores. Esto no significa que no hay problemas en el nivel central. Hay problemas de rendición de cuentas, la inexistencia de algunos leyes en el campo de salud, falta de descentralización del personal técnico y apoyo técnico insuficiente a los SILAIS. En nivel SILAIS, prácticamente todos Directores son hombres y designados. Este es un cargo político de salud y cuando cambian Directores, hay posibilidades que se cambian las modalidades de operación en los SILAIS. Tienen que ser capacitados y acompañados por parte de MINSA central. En el nivel de Municipio o puesto de Salud el personal está compuesto por médicos, enfermeras y brigadistas dedicados a resolver la situación de salud. El personal de salud conoce los aspectos técnicos relacionados con la planificación local, los diagnósticos participativos, aspectos epidemiológicos, mecanismos de monitoreo. Sin embargo hace falta mayores recursos y capacitación gerencial, particularmente a nivel municipal, en donde la toma de decisiones es una tarea diaria.

La capacitación gerencial es crucial para apoyar las actividades técnicas, administrativas y de recursos para sustentar el proceso de descentralización. Los diferentes niveles de gerencia, tanto MINSA central como SILAIS y los puestos de salud, tienen que prepararse para asumir y ejercer

nuevas responsabilidades y actuar en funciones que hasta ahora no han desarrollado plenamente. Una delegación de la autoridad y toma de decisiones técnicas, administrativas y de recursos se puede efectuar solamente si quien otorga y quien recibe dicha autoridad está adecuadamente preparado para ello. Por lo tanto, cualquier intento de descentralizar debe estar acompañado por un programa sólido de capacitación, tanto para internalizar los nuevos papeles, como para transmitir los conocimientos necesarios para adaptarse a los mismos. Sin una preparación adecuada a los funcionarios afectados por la descentralización, el proceso corre el peligro de no lograr los resultados esperados.

En 1997 se establecieron “compromisos de gestión” entre MINSA central y los SILAIS en donde MINSA central se compromete a descentralizar y delegar toma de decisiones a nivel local y el SILAIS se compromete a cumplir con su tarea y a alcanzar determinados indicadores. Este compromiso es firmado por representantes del MINSA central y SILAIS. Esta experiencia no ha sido revisada ni evaluada, sin embargo pareciera ser un instrumento útil para el desarrollo y profundización del proceso de descentralización.

Tanto el MINSA central como las agencias ejecutoras (OPS/UNICEF) coinciden en que hace falta mayor capacidad gerencial y recursos administrativos en el nivel central, SILAIS y los municipios. El nivel administrativo tiene dificultades en el manejo de solicitudes, desembolsos y rendiciones de cuentas de los fondos. En relación a esto destaca a mencionar que los procedimientos administrativos para llenar los formularios causan muchos problemas en los municipios y SILAIS. La división administrativo financiera del MINSA informó a la Misión que el MINSA ha descentralizado (en algunos casos) los gastos de agua, luz y teléfono con un resultado variado. Falta gestión y responsabilidad de por efectuar los pagos y establecer medidas de ahorro, arreglar fugas de agua y de no abusar del servicio de teléfono, según la. El MINSA central ha establecido un comité multidisciplinario, que va a revisar el manejo descentralizado, la organización, administración y la distribución de recursos humanos. Se establecerán medidas disciplinarias en caso de manejo inadecuado de fondos y negligencia en la atención médica. Estas medidas podrán incluir desde multas de 1-6 meses de sueldo, hasta retiro del funcionario.

El programa de modernización y reforma, con apoyo del BID y Banco mundial impulsará un programa piloto en dos SILAIS con el fin de responsabilizar a los SILAIS por su presupuesto y permitir el manejo de los fondos por los municipios. El MINSA ha desarrollado además el sistema SAF (Sistema administrativo financiero) a través del cual se ha brindado capacitación y equipo de computación a los SILAIS y algunos municipios. La implementación de este sistema ha sido apoyada por USAID y ha contado con asesoría técnica internacional. El sistema propone además el establecimiento de indicadores específicos a nivel gerencia y servicio (“benchmark indicators”). La Dirección administrativo financiera del MINSA se propone brindar mayor seguimiento al desarrollo a los SILAIS y realizar con más frecuencia visitas a los mismos.

Comentarios

Actualmente hay un programa de modernización del sector salud que cuenta con apoyo del Banco Mundial y BID, que trabaja en el fortalecimiento del desarrollo institucional con el fin de agilizar la toma de decisiones a nivel central. Este programa contempla además una reducción de 4000 trabajadores en un periodo de 4 años. Este programa se ha iniciado con la puesta en marcha del Programa de Retiro voluntario de médicos y el retiro de aquellos médicos que no poseen título. Se estima que unos 500 médicos han abandonado el sistema público de salud en los últimos seis

meses¹³. Todo parece indicar que cada vez es más necesario que el nivel de toma de decisiones se delegue a niveles más inferiores.

Recomendaciones:

- Los SILAIS necesitan tener personal específico para la función de administración, control de indicadores de administración y descentralización. Es posible que algunos municipios en donde se vaya a descentralizar el manejo financiero de los recursos también requieran de este personal. El SILAIS deberá establecer mecanismos de apoyo a cada municipio con el fin de asegurar que el personal a cargo de administración y finanzas desarrolle las habilidades técnicas que demanda la descentralización.
- Se sugiere que en una tercera etapa del PROSILAIS, se establezca en cada SILAIS una *Unidad de Gestión en Salud*, la cual tendría la responsabilidad por el manejo técnico y administrativo del proyecto en cada SILAIS.
- Se necesita capacitar al personal de los SILAIS y de los municipios no solo en administración, sino también en gerencia. Este personal debe ser capaz de asumir la responsabilidad de manejar los solicitudes, la logística y la rendición de cuentas de la mejor forma posible. Además debe desarrollar mejor las habilidades que le permitan establecer prioridades, trabajo en equipo, reorientar recursos y analizar de forma integral la cobertura, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.
- Sugerimos la reimplementación del sistema de “Compromiso de Gestión”, firmado por los dos partes.
- El MINSA debe de establecer mecanismos de coordinación y discusión entre los donantes, que le permitan ejercer un liderazgo efectivo y lograr una mayor coherencia y consenso en el apoyo a la descentralización, desarrollo y fortalecimiento de los SILAIS.

4.3. Capacitación y Recursos Humanos – R.R.H.H.

Definición

Los recursos humanos en un sistema de salud representan un equipo que está motivado, capacitado y comprometido para hacer las acciones de salud, desde la promoción de un estilo de vida saludable, pasando por la mantención de la salud, la prevención específica de enfermedades y riesgos de salud y ambientales, la detección precoz de riesgos y enfermedades, el diagnóstico comunitario y de persona, la prevención de la invalidez y sobretodo para evitar la muerte.

Hallazgos

Al iniciarse el PROSILAIS se estableció la necesidad de capacitar a todos los miembros de los equipos de salud de los puestos y centros de salud, así como también al equipo directivo del SILAIS, no solo en la capacitación integral antes definida, sino en los aspectos gerenciales modernos que requiere el proceso de modernización del sector público de salud. Especial atención se ha dado en adquirir las destrezas y herramientas para lograr una real descentralización a nivel del SILAIS, para luego ir a la municipalización de la atención primaria. Otro aspecto al cual se le dio importancia en la capacitación de los RR.HH, fue el aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel a atención, incorporando en este aspecto los brigadistas, las parteras, los colaboradores voluntarios y los responsables de Casas Base.

¹³ La Prensa, 21 de Febrero 1999.

Para la capacitación del nivel directivo de los SILAIS y de las Municipalidades se estableció el programa Procavan en CIES, UNAN-Managua. Los que a su vez en la técnica de “cascada” capacitaron sus equipos y éstos a los niveles centros y puestos de salud y a los proveedores comunitarios. Este gran esfuerzo capacitador determinó que:

- Todos los Directores de SILAIS y municipalidades principales tuvieron capacitación formal en salud pública y gestión de salud (en UNAN-Managua y UNAN-León). Llegando a formarse 214 funcionarios (1993-96), llegándose a tener capacitados al 90% del personal de las unidades de los SILAIS.
- En cuanto a los proveedores comunitarios se capacitaron 1.886 parteras, 1.556 brigadistas y 2.128 colaboradores voluntarios, como resultado de mas de 10.606 cursos y talleres periódicos de adiestramiento en las misma comunidades. En el trienio 1993-96 las actividades de capacitación significaron una inversión equivalente al 30% del presupuesto del Proyecto.

Este esfuerzo gigantesco determinó un proceso de maduración del RR.HH del Proyecto, conformándose equipos de alta responsabilidad, gran motivación y creciente capacidad resolutive. Lo que ha favorecido claras mejoras en las coberturas de salud, como lo demuestra el estudio del INEC en “Encuesta Demográfica y Salud, 1998”.

Comentarios

Esta capacitación del personal ha creado un sensación de *madurez técnica en los equipos de atención primaria* y un compromiso con las acciones de salud, especialmente la prevención y la mejoría de la calidad de vida de los usuarios del Proyecto. Este progreso en la capacitación del personal de los PROSILAIS compromete la necesidad de cuidar de estos recursos entrenados y de demostrada efectividad para evitar su emigración o reubicación en lugares donde no puedan ejercitar sus capacidades.

Recomendaciones

La evaluación participativa estableció que el proceso de capacitación del personal de salud debe asegurarse con una ley que regule, establezca la educación en servicio como una obligación de gobierno y se le asigne recursos para asegurar su continuidad. Se recomendó mantener la capacitación en gestión gerencial en atención primaria y buscar métodos creativos como usar las experiencias de los SILAIS del proyecto para la *formación* del personal. Se remarcó la necesidad de capacitar con el propósito de *aumentar la capacidad resolutive del equipo de atención primaria*.

Todo lo cual establece que es necesario *continuar la formación y mejoramiento de la capacidad resolutive* de los RR.HH del Proyecto, para lograr en el mañana; que cada miembro del equipo de salud de atención primaria sea primero un educador social, en pos de la mejor calidad de vida de los usuarios del sistema; que la gran mayoría de los partos sean atendidos por profesional, creando alternativas como la enfermera/obstétrica; que todos los embarazos sean identificados en el primer trimestre; que existan servicios de atención primaria de urgencia de horario continuado en los consultorios urbanos y rurales; que exista cirugía menor en todos los centros de salud y puestos; que la dimensión de género enriquezca las actividades de atención primaria; y que toda la población sea educada en los riesgos de salud y en las medidas para el cuidado de su medio ambiente.

4.4. Equipamiento e Insumos para la Salud

Definiciones

Uno de los objetivos específicos del Proyecto es *“fortalecer la red de servicios de salud a través del mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y el equipamiento, así como de la dotación de equipamiento necesario, de acuerdo a las necesidades de cada SILAIS”*. Este objetivo se ha llevado a efecto con la dotación de los locales de cada SILAIS, ya sea para su renovación o construcción cuando fuere necesario; dotar de vehículos, adecuados a la geografía local, con su combustible y mantenimiento, agregándose a esto otros medios de transporte, como caballares o pangas, cuando fuere necesario; dotar de equipamiento médico adecuado y suficiente y complementar en un 30% el presupuesto de cada SILAIS en insumos médicos y medicamentos priorizados; y capacitar y dotar el SILAIS para el mantenimiento y reparación del equipamiento. Cada SILAIS, de acuerdo a su planificación, expresa sus necesidades y hace la solicitud respectiva al Proyecto. Los vehículos, equipos importados y medicamentos son importados por las agencias OPS/UNICEF.

En esta área destaca por su importancia el objetivo específico de *“aumentar la cobertura y calidad de la atención integral en el primer nivel, a la población general y elevar el acceso a los medicamentos”*. Para alcanzar esto se complementa el presupuesto MINSA, para medicamentos priorizados en el primer nivel de los seis SILAIS, en un 30%, se crean 30 comités de uso racional de medicamentos en los seis del SILAIS y Municipios y se entrenan 1500 prescriptores y 900 dispensadores.

Hallazgos y Comentarios

El gasto de medicamentos en presupuesto de salud es del 15% (1997), con tendencia decreciente (17,5;14;13), lo que equivaldría a USD 3, -2.2 -2.1, respectivamente, en un per capita de USD 16.8. Lo que solo cubre alrededor del 50% de la demanda actual, agregándose a este una merma de medicamentos hasta el 50% a su llegada al usuario. El Proyecto aporta alrededor de USD 400.000 anuales para abastecimiento de medicamentos en los seis SILAIS¹⁴.

La evaluación de la complementación del 30% para medicamentos ha demostrado un área de gran debilidad del Proyecto, por las siguientes razones:

- La decisión de cubrir la donación de medicamentos solamente en los programas priorizados, deja más del 50% de la demanda insatisfecha, creando ante la comunidad la sensación de desabastecimiento.
- La lentitud de la entrega de medicamentos, de 3 a 8 meses, agrava la sensación de desabastecimiento.

La entrega de medicamentos por las Agencias Ejecutoras se hace en forma menos eficaz, demoran 6 a 8 meses comparada con solo 3 a 5 meses con la entrega nacional. Sin embargo es más eficiente, ya que en un estudio comparativo de los medicamentos del MINSA y de los proporcionados por las Agencias se demuestra un ahorro en costos del 65%.

Destaca la aportación complementaria de DANIDA en el área de medicamentos, que ha disminuido la gran brecha de cobertura que tiene la dotación de medicamentos en los centros de salud, puestos y Brigadas Móviles.

¹⁴ Para el desarrollo de ésta sección se consultaron los siguientes documentos: a) Informe sobre las compras de medicamentos Proyecto PROSILAIS 1997 b) Medicamentos Esenciales, Informe Final, Aspectos Técnico-Organizativos, Ejecución Financiera de Medicamentos 1996-1999, Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, PROSILAIS, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Managua

En cuanto a los aportes en infraestructura, estos han sido adecuados y de acuerdo a lo establecido. Similar apreciación se ha tenido de los vehículos entregados y su mantención y combustible. Entregándose 29(OPS) y 13 (UNICEF) vehículos; 116 bicicletas (OPS) y 16 (OPS) y 12 (UNICEF) motocicletas. Esto ha representado un importante aporte para el mejoramiento de la cobertura de los SILAIS, en particular las Brigadas Móviles. Cabe destacar que la flexibilidad de uso para transporte alternativo, como caballares y pangas (balsas con motor fuera de borda), ha sido fundamental para llegar a lugares, donde los vehículos convencionales no tienen acceso.

En cuanto a equipamiento médico, complementado con equipos de computación y de educación sanitaria, con un costo promedio anual de USD 700.000 por OPS y de ... USD por UNICEF, ha sido fundamental para el normal trabajo de atención médica y labores de gestión de atención primaria en cada SILAIS.

Recomendaciones

La evaluación participativa de los insumos de salud estableció estas principales recomendaciones:

- Dotar de medicamentos básicos *todas las necesidades terapéuticas de la morbilidad*, a nivel de la atención primaria de los SILAIS.
- Definir un *per capita anual para asegurar la cobertura total de las necesidades* de medicamentos de la atención primaria de salud.
- Establecer una *unidad de mantenimiento capacitada*, dotada de equipos adecuados, para reparar y mantener los equipos médicos en cada SILAIS.

La Misión concuerda con la recomendaciones de la evaluación participativa y la complementa, en relación con el desabastecimiento de medicamentos, su pobre gestión y las mermas en la entrega de medicamentos, sugiriendo:

- Establecer las *normas ministeriales para la selección y posología* de los medicamentos básicos para las patologías, que representen un 90% de las morbilidades nacionales del niño, la mujer y del adulto.
- Continuar y reforzar el funcionamiento de los *comités de uso racional de medicamentos* en SILAIS y Municipalidades.
- Estudiar la posibilidad de desarrollar farmacias municipales en los SILAIS
- Establecer mecanismo de *entrega directa de medicamentos a los establecimientos* de atención primarias de Proyecto.

5. El Papel Y Contribuciones de OPS y UNICEF

En general el apoyo por parte de OPS y UNICEF en el proyecto PROSILAIS ha contribuido a elevar la capacidad técnica y avanzar en el fortalecimiento del funcionamiento descentralizado de los equipos de salud de los SILAIS y los municipios. Además del trabajo que se realiza de capacitación y monitoreo, ambas agencia apoyan el proyecto PROSILAIS con recursos a su disposición. UNICEF estima que ha asumido un costo en personal que no carga al proyecto por una suma de 182,709 USD.

También durante el Huracán Mitch, ambas agencias brindaron apoyo al MINSA y SILAIS con recursos adicionales a los de PROSILAIS. OPS estima que ha aportó cerca de USD 492,500 y UNICEF 1,159,174 USD (informe preparado por ambas agencias a petición de la Misión).

5.1. Asistencia Técnica y Gerencia, Monitoreo y Manejo de los Fondos

UNICEF/OPS han realizado diversas funciones:

- a) coordinación y planificación con MINSA central y los SILAIS,
- b) Acompañamiento en el proceso de descentralización y participación social,
- c) atención a las necesidades de capacitación,
- d) monitoreo y seguimiento continuo,
- e) compra de equipo y insumos médicos
- f) manejo de los fondos económicos por parte de ASDI y presentar estados financieros anuales y estado financiero final.
- g) Elaboración de informes y planes operativos anuales y un informe final del proyecto para ASDI.

Ambas agencias poseen equipos técnicos multidisciplinarios. La asistencia técnica por parte de UNICEF ha sido principalmente en capacitación en temas de movilización social, atención a niños y mujeres embarazadas, los derechos del niño, de la niña y de la mujer, principalmente a personal de salud, parteras y brigadistas, acompañado de becas específicas, también ha brindado apoyo en relación al manejo financiero-administrativo. La asistencia de OPS ha sido principalmente en temas de medicamentos, género, medio ambiente, epidemiología y atención primaria, también da apoyo para la descentralización, infraestructura y administración. La coordinación entre los dos agencias UNICE/OPS y con MINSA ha sido satisfactoria y su papel de acompañamiento es apreciado por los SILAIS y los municipios.

UNICEF refiere que los momentos de capacitación están a la disposición de los SILAIS ya sea cuando se requieren o bien conforme al plan anual. En otros casos responden a necesidades identificadas por las mismas agencias. La capacitación se ha efectuado principalmente en los SILAIS. Debido a la rotación de personal o por no incluirlo en el presupuesto algunos SILAIS sienten que necesitan de mayor y más continuo seguimiento a la capacitación. El líder del equipo evaluador que ha tenido la oportunidad de dar seguimiento al PROSILAIS desde 1992 expresa que se pueden observar avances notables sobre todo en la capacidad de los equipos de impulsar la descentralización.

El monitoreo y el acompañamiento a los SILAIS ha sido constante y se ha brindado con personal competente. La coordinadora por parte de UNICEF es una consultora nacional, con experiencia de trabajo tanto en MINSA como en el sector no gubernamental y en el trabajo con UNICEF. Ella ha dado seguimiento al desarrollo del proyecto PROSILAIS desde su inicio en 1992. OPS ha cambiado coordinador en 1998, la nueva coordinadora es una consultora internacional con experiencia de participación social y trabajo con indígenas. Ella se ha integrado con facilidad en el trabajo. Su, tiene contrato vence al fin de este año.

Las solicitudes y rendiciones de cuentas utilizando los formatos establecidos por OPS han sido causa de quejas por parte del personal administrativo de los SILAIS. Los formatos de UNICEF tiene 2 páginas, y el personal de los SILAIS opina que son más sencillos. Los formatos de OPS tienen 9 páginas para solicitudes y 6 para rendición de cuentas. A juicio de los consultores, algunos

formatos parecen un poco ambiciosos y con muchos detalles. En el contrato entre ASDI y las agencias se menciona que OPS/UNICEF debe tener adecuada documentación financiera según los estándares de cada agencia, es por esto que las agencias aplica los formatos según sus criterios. Por otro lado las agencias deberían de caracterizarse también por ser flexibles y tener la capacidad de ajustarse con el fin de facilitar el trabajo y el acceso para los beneficiarios. Las agencias refieren que no solamente los SILAIS han tenido dificultad en la rendición de cuentas, sino también el MINSA central. A pesar de que se aceptan rendición hasta seis meses después de entregados los fondos, se reportan retrasos en la rendición de cuentas de los fondos desembolsados. De acuerdo a OPS, los reglamentos estrictos contribuyen a facilitar su papel de coordinación y planificación, y además apoyan al MINSA central y los SILAIS en el desarrollo de estas tareas. La solución a esta problemática (capacidad administrativa, formatos complicados, etc.) se puede resolver solamente con acuerdos conjuntos entre MINSA Central/Los SILAIS/OPS/UNICEF. Los embolsos de solicitudes se han efectuado sin demora, se han realizado desembolsos mensuales. Se tarda un máximo de cinco días a nivel central y un máximo de 15 días a nivel departamental para la entrega de fondos, una vez que se ha recibido una solicitud adecuada.

El manejo de los fondos de Asdi se ha hecho en forma responsable y profesional. Se ha logrado reducir el costo de algunas compras y se está monitoreando y coordinando el proceso continuamente.

Recomendaciones

- El MINSA central/los SILAIS y las agencias, deben encontrar una forma de resolver la situación de los formatos y su aplicación.
- De las funciones que ambas agencias desarrollan, sugerimos que en una tercera fase, ambas agencias deben reducir su papel en forma progresiva. Para esto se sugiere el siguiente proceso:

Año 2000: Se continúa con iguales funciones como hasta hoy, con tres excepciones:

- El contrato debe de suscribirse con OPS/UNICEF como una sola entidad, con un solo representante.
- El personal de monitoreo/seguimiento debe ser reducido a una persona que representa a las dos agencias. Sugerimos que esta sea una persona nacional, con varios años de experiencia en el PROSILAIS.
- El manejo de los fondos suecos pertinentes a gastos operativos para MINSA central, los seis SILAIS y 12 municipios (dos por cada SILAIS y un mínimo de 1 municipio por SILAIS) pasa a ser manejado por el MINSA en sus respectivos niveles. OPS/UNICEF maneja los fondos de capacitación, de compras de medicamentos y de equipo, infraestructura y gastos requeridos para la función de apoyo y seguimiento.

2001: A inicios del año se hace una evaluación del proceso de descentralización de fondos. Si es negativo se continúa como en el año 2000. Si el proceso ha sido positivo proceder con la descentralización, que para las agencias significaría:

- OPS/UNICEF maneja únicamente los fondos de compra de medicamentos, infraestructura y de equipos.
- 15 municipios más reciben directamente sus gastos operacionales, según criterios de MINSA central, los SILAIS y OPS/UNICEF.
- Además las agencias continúan con el mismo papel como ahora apoyando acciones de coordinación, planificación, monitoreo, seguimiento y elaboración de reportes e informes pertinentes.

2002: Al principio del se hará una evaluación del proceso de descentralización de fondos. Si la evaluación indica que no manejan el modelo se mantendrá el modelo del año 2001 y si ha sido positivo seguir con la descentralización, que para las agencias significaría:

- El manejo de los fondos suecos son limitados al compra de medicamentos, infraestructura y de equipos.
- 20 municipios más reciben sus gastos operacionales, según el criterio de MINSA central, Los SILAIS y OPS/UNICEF.
- Además las agencias continúan con el mismo papel como ahora, apoyando acciones de coordinación, planificación, monitoreo, seguimiento y elaboración de reportes e informes pertinentes.
- Sugerimos que OPS/UNICEF y con la participación de MINSA central acompañen de forma más cercana a los SILAIS con capacitación y asistencia técnica para la elaboración de solicitudes y rendición de cuentas, administración general, gerencia local y en el proceso de descentralización, además para la determinación de criterios a ser aplicados para evaluar las capacidades de los municipios a ser descentralizados.
- El proyecto debe aprovechar la experiencia y capacidad técnica de estas dos organizaciones de Naciones Unidas, OPS y UNICEF, en las áreas de salud ambiental, medicamentos, género, derechos de la mujer y de la niñez, salud reproductiva y otras relevantes a las objetivos del proyecto.
- Con el fin de elaborar un plan de capacitación a tres años se sugiere que OPS/UNICEF/ MINSA realicen un estudio de las necesidades de capacitación, tanto en el nivel técnico como en el nivel administrativo, previo a la formulación de un documento de proyecto para una nueva fase.
- Se sugiere que OPS/UNICEF también participan en la formulación del nuevo proyecto con sus sugerencias y brindando asistencia técnica. Además se sugiere que en colaboración con MINSA central y los SILAIS se elabore un plan de operaciones de las agencias según el marco lógico, con indicadores de éxito en los temas relacionados con la coordinación, planificación, monitoreo, seguimiento, compra de infraestructura, equipo y medicamentos, género y otros relevantes.
- En caso de que Asdi decida no incluir OPS y UNICEF en la sub-siguiente fase del proyecto, se recomienda a Asdi notificar a las agencias esta decisión lo antes posible para que éstas puedan modificar sus propios planes.

5.2. Costos Administrativos y Operacionales

Los costos administrativos y de operación local por parte de OPS son de un 23%, y por parte de UNICEF 13%. Las agencias manifiestan que esto no cubre todos sus gastos, sino más bien incurren en gastos adicionales. Las agencias tienen interés de acompañar el proceso de fortalecimiento de los SILAIS que se ha promovido con PROSILAIS.

Recomendaciones:

- Ambos organizaciones han mostrado un flexibilidad de negociar los costos administrativos y operacionales.
- Sugerimos que las dos agencias estén representadas como una sola entidad llamada OPS/ UNICEF con un representante, con gastos administrativos y gastos de operaciones únicas.

5.3. Informes Anuales, Reuniones Trimestrales y Anuales

Los informes anuales reportan sobre los resultados obtenidos en relación a las actividades planificadas y los objetivos del proyecto. A nuestro juicio estos informes podrían mejorar integrando un análisis más profundo de cada objetivo, de los avances administrativos, de la participación social, del progreso de la descentralización, y de perspectivas del futuro.

Según lo acordado ASDI, MINSA, UNICEF y OPS se reúnen cada tres meses para dar seguimiento a la ejecución del plan anual de PROSILAIS y tomar decisiones sobre asuntos de importancia para la ejecución. Estas reuniones se han llevado a cabo según los planes en la mayoría de los casos. Las reuniones son presididas por la Ministra o Vice-Ministra, con un representante del Ministerio de Cooperación Externa, un asesor de Asdi, un representante de OPS, un representante de UNICEF y el comité de coordinación técnica de PROSILAIS (formado por los coordinadores de PROSILAIS por parte de MINSA, OPS y UNICEF). Algunos de los participantes entrevistados refieren que estas sesiones de trabajo han funcionado en forma adecuada, no así para otros. En general se ha cumplido al tratar temas de seguimiento, así como también políticas y normas del MINSA, coordinación con otros proyectos, perfil de avances, toma de decisiones sobre programación y procedimientos. Las preparaciones de documentación antes del reunión ha mejorado, aunque no lo suficiente según algunos miembros. Además se caracteriza por ser un acto formal y menos operacional. La frecuencia de las reuniones cuatripartitas de seguimiento del proyecto podría ser reconsiderada ya que se ha dado una evaluación anual de MINSA, reunión anual, evaluación externa 92-98, se continuará con el monitoreo de Suecia una vez al año. Además en una tercera fase se está sugiriendo que existan evaluaciones anuales.

- Se recomienda que se incorpora un estudio de línea base, previo al inicio de una siguiente fase. Esta línea de base debe servir de referencia para poder dar seguimiento anual a indicadores específicos. La línea base debe proporcionar información no solamente en salud sino también debe aportar elementos sobre la gestión, administración y descentralización por parte de MINSA.
- En una tercera fase se recomienda que exista un plan de operaciones por tres años por parte de OPS/UNICEF que incluya indicadores de éxito.
- En una tercera fase, se sugiere que las reuniones cuatripartitas se realicen 2 veces al año. Se debe planificar cuidadosamente esta reunión. Se sugiere que en ella participen, la Vice-Ministra, un representante de Ministerio de Cooperación Externa, un representante de Asdi, un representante de OPS/UNICEF, un representante del equipo de monitoreo y/o del equipo de evaluación, y el comité de coordinación técnica de PROSILAIS.
- El comité de coordinación técnica debe reunirse con el asesor de Asdi por lo menos 3 el veces al año.
- En una tercera fase, se recomienda que la decisión sobre el presupuesto disponible y la elaboración del plan de acción tengan lugar en noviembre del año previo al inicio del nuevo año con el fin de evitar retrasos en la ejecución en el primer trimestre del año. Tal vez se puede aprovechar un reunión cuatripartita para este objetivo.
- Sería oportuno realizar este año la misión de monitoreo en agosto-septiembre, para tener los resultados como insumos para el plan de acción del año 2000.

6. Conclusiones y Recomendaciones

La revisión de los documentos oficiales y evaluaciones parciales del Proyecto, las investigaciones e informaciones de los SILAIS, Documentos sobre salud de Nicaragua, entrevistas de la Misión (ver listado de personas entrevistadas en los anexos), la evaluación participativa y la visitas a los SILAIS de León, Nueva Segovia y Madriz ha permitido a la Misión poder establecer la siguiente

Conclusión General:

Al término de la segunda fase del PROSILAIS, éste ha llegado a cumplir los objetivos específicos de cada fase y ha establecido los impactos y ha creado la sustentabilidad necesaria para proponer una tercera fase para profundizar la descentralización, seguir difundiendo la sensibilidad de género, continuar ampliando la participación social, perfeccionar el modelo de atención primaria que ha desarrollado y lograr mejorar la calidad de vida de las personas y su medio ambiente, con el propósito final de que sus experiencias y modelo de atención sirvan a la Reforma del Sistema de Salud de Nicaragua y de otros Proyectos auspiciados de ASDI.

6.1. Conclusiones Estratégicas

6.1.1. Nivel Ministerial

6.1.1.1.

El actual liderazgo del Ministerio de Salud, la Ministro Lic. Martha McCoy S. y la Vice Ministro Lic. Mariangeles Argüello, han refrendado a la Misión los principios del proceso de Reforma y de Modernización, los cuales reafirman las estrategias principales del PROSILIAS sobre descentralización, sensibilidad de género, participación social y atención primaria de alta capacidad resolutive, de calidad y centrada en el ciudadano y el medio ambiente.

6.1.1.2.

Sin embargo la relación bilateral del Ministerio de Salud con los distintos donantes, no permite unificar criterios, y las diferentes propuestas de Modernización aparecen contradictorias y no coordinadas ni menos complementarias.

6.1.1.3.

Las Divisiones técnicas del MINSA no han jugado el papel esperado de apoyo técnico y de orientación normativa al Proyecto, lo que ha obligado a las Agencias Ejecutoras actuar en forma supletoria.

6.1.1.4.

El nivel central no ha descentralizado sus fondos de operación a los SILAIS, estableciéndose una contradicción de gestión, debido a que el Proyecto lo ha hecho.

6.1.1.5

La coordinadora del Ministerio, Dra. Aurora Soto, ha jugado un positivo papel en el Proyecto, facilitando la relación del MINSA con las Agencias. Su dependencia de la Vice Ministra demuestra la importante prioridad del Proyecto en la agenda de salud.

6.1.1.6

Existen debilidades en el manejo gerencial administrativo-financiero, reflejadas principalmente en deficiencias y lentitud en la rendición de cuentas de los fondos desembolsados.

6.1.2. Nivel SILAIS

6.1.2.1.

Todos los SILAIS han alcanzado un nivel técnico y de gestión que ha permitido la adecuada vigilancia epidemiológica, diagnóstico de salud, priorización participativa, planificación y desarrollo de planes y programas adecuados y una permanente evaluación de su accionar.

6.1.2.1.

La descentralización se ha ido desarrollando paulatinamente, hasta llegar a la descentralización de los fondos del Proyecto y se está planeando la descentralización en algunas Municipalidades. Siendo satisfactorio el progreso, falta profundizarlo en los municipios y mejorar la gestión de rendición de los fondos descentralizados.

6.1.2.2.

La participación social ha sido una de las fortalezas del Proyecto, creando un innovador modelo de atención primaria de salud y una nueva red periférica de proveedores voluntarios.

6.1.2.3.

La capacitación ha permitido establecer un equipo de atención primaria calificado, motivado y de creciente capacidad resolutive, que explica los importantes impactos en salud y gestión y la sustentabilidad del modelo de atención.

6.1.2.4.

La sensibilidad de género ha progresado sobretodo ante los problemas que representa la violencia doméstica.

6.1.2.5.

Los problemas prioritarios del Proyecto como mortalidad infantil y materna, nutrición, enfermedades transmisibles, vectoriales y emergentes han sido adecuadamente abordados y los indicadores de estos problemas son mejores en el Proyecto que en los promedios nacionales.

6.1.2.6.

La mejoría de la infraestructura de los SILAIS, el desarrollo de los medios de transporte y el equipamiento de salud han sido un factor de positivo en la función de salud de estos. Sin embargo el mantenimiento de este equipamiento aun es insuficiente y necesita ser resuelto para que esta inversión, que es cercana a los 5 millones de dólares, dé máximo de su vida útil.

6.1.2.7.

Las salas de espera de los establecimientos de atención primaria y el personal recepcionista están lejos de la calidad que aspira el Proyecto, siendo un factor negativo en la general mejoría que se ha logrado en estos establecimientos.

6.1.2.8.

Los medicamentos son insuficientes a las necesidades y demandas de salud, existiendo ausencia de normas de su selección y posología y mermas en su proceso de distribución, a pesar de los esfuerzos de los comités de uso racional de medicamentos. También tardíos en los que llegan a los SILAIS, entre 3 a 8 meses desde que se solicitaron.

6.1.2.9.

Las ONGs de salud no se les ha dado un rol en tareas donde pueden aportar mas a la salud como en el tema de género, educación comunitaria y nutrición. Además se las ha marginado de los Consejos Consultivos.

6.1.2.10.

Los aspectos ambientales en las acciones de los SILAIS han sido solo parcialmente enfrentados y se han transformado en uno de los mas importantes desafíos para la salud por la contaminación biológica y química del agua, por la contaminación del aire por combustibles caseros y de motores, por la inadecuada disposición de residuos sólidos de las viviendas y comunidades, por la desmantelada infraestructura para la adecuada disposición de excretas e la riesgosa aplicación y uso de pesticidas.

6.1.2.11.

La desnutrición del pre-escolar, a niveles del 30 al 40% es uno de los problemas de salud mas importantes que enfrentan los SILAIS del Proyecto, que será agravada por el grave daño de la agricultura por el Huracán Mitch, tanto los cultivos extensivos como la agricultura de subsistencia.

6.1.2.12.

Al igual que en el nivel central, existen en los SILAIS y Municipios debilidades en el manejo gerencial administrativo-financiero, reflejadas principalmente en deficiencias y lentitud en la rendición de cuentas de los fondos desembolsados.

6.1.3. Nivel Agencias Ejecutoras OPS y UNICEF

6.1.3.1.

Las Agencias han sido una de las fortalezas del Proyecto y han actuado con profesionalismo, motivación y compromiso con el Proyecto en las funciones de apoyo técnico en aspectos de salud pública, participación social, capacitación y sensibilidad de género; en el manejo de los fondos para la capacitación; en el manejo de los fondos operacionales del Proyecto; y en la compra de medicamentos, vehículos y equipamiento. En estas cuatro funciones la evaluación ha sido positiva, así como en la documentación económica, informes anuales y participación en el comité técnico (cuatripartito) del Proyecto.

6.1.3.2.

Además han actuado supletoriamente, por la poca participación del nivel central en su papel normativo y de supervisión, asegurando que cada SILAIS sea apoyado en su proceso de crecimiento institucional. Ahora que este crecimiento institucional ha demostrado la madurez técnica y de gestión del SILAIS es necesario redefinir el papel de estas Agencias para continuar su significativo aporte al proceso de PROSILAIS.

6.1.3.3.

Los procedimientos para el manejo administrativo-financiero de los fondos son percibidos en el nivel local como complejos y poco flexibles.

6.2 Recomendaciones

6.2.1. Nivel Ministerial

Las conclusiones anteriores, el estudio del PROSILAIS, la evaluación participativa, las entrevistas y visitas de terreno han permitido que la Misión pueda hacer las siguientes Recomendaciones:

6.2.1.1.

Para asegurar la función Rectora del Ministerio de Salud en el proceso de reforma de salud y Modernización del Estado la Misión recomienda conformar un comité de donantes presidido por la Vice Ministra de Salud, en su función de gerencia del sistema de salud. El Comité de Donantes

tendría como miembros los donantes que tienen acciones integrales en el sistema de salud y en algunos SILAIS (la misión identificó entre otras, las siguientes agencias ejecutando acciones de apoyo a los SILAIS: ASDI, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Comunidad Europea, Países Bajos, GTZ, USAID UNOPS). La misión del Comité de Donantes sería conocer las propuestas de cada donante, lograr la complementareidad de las propuestas y facilitar el proceso de reforma del sistema de salud. Para asegurar la funcionalidad del Comité de Donantes sería recomendable que tuviese un Secretario Ejecutivo para asegurar las agendas de las reuniones, seguimiento de las recomendación y facilitar el logro de los acuerdos, éste podría ser quien podría ser alguien de la Comisión Sectorial para la descentralización.

6.2.1.2.

Descentralizar los fondos operacionales regulares del Ministerio en los SILAIS del Proyecto, apoyados en este proceso por la coordinadora nacional PROSILAIS, las División Administrativa Financiera y la División de Planificación del Ministerio, y las Agencias OPS/UNICEF.

6.2.1.3.

Profundizar la participación de organizaciones de la sociedad civil y de las ONGs de salud en el proceso de salud, incorporando la representación de éstas en los Consejos Consultivos de los SILAIS y de las Municipalidades.

6.2.1.4.

Descentralizar el Proyecto inicialmente al menos en dos Municipios de cada SILAIS e ir progresivamente aumentando el número de municipios descentralizados a medida que vayan avanzando en su capacidad gerencial y de manejo de la atención primaria.

6.2.1.5.

Recibir parte de los recursos del PROSILAIS, presupuesto de operación de los SILAIS, directamente en los SILAIS y apoyar a estos SILAIS, con la División Administrativa Financiera y División de Planificación, para asegurar la rendición de esos fondos a Asdi. Si este proceso es exitoso, se recomienda recibir los fondos de capacitación en el segundo año y los fondos de equipamiento y medicamentos en el tercer año. Si el proceso de monitoreo anual de Asdi determina que esa descentralización no se hace adecuadamente, se volvería al modelo manejo de fondos de la segunda fase.

6.2.1.6.

Desarrollar en los SILAIS del Proyecto el nuevo programa de Salud Ambiental a nivel de la atención primaria, para validar su factibilidad, impacto y aceptabilidad.

6.2.1.7.

Desarrollar un Programa de Alimentación Complementaria para tratar la severa malnutrición del pre-escolar y prevenir los riesgos nutricionales de los lactantes en la zona del Huracán Mitch. El PROSILAIS podría estudiar experiencias de programas similares para definir una propuesta programática, que sería validada por el Proyecto.

6.2.1.8.

Continuar profundizando la sensibilidad de género en todos los ámbitos del PROSILAIS, para transformar esta sensibilidad en una estrategia ministerial, que incluya además aspectos de salud mental, salud reproductiva, investigación, comunicación y educación social.

6.2.2. Nivel de los SILAIS

El SILAIS entrará a una nueva etapa del Proyecto al alcanzar una mayor descentralización hacia su autonomía regulada. Además lograr la participación social tanto en el diagnóstico de sus problemas de salud, en el desarrollo de su plan anual y en su ejecución y evaluación. También desarrollará nuevos programas como Salud Ambiental y de Alimentación Complementaria. Para avanzar en todo lo anterior y además en las nuevas tareas, que su vigilancia epidemiológica y social determine, se recomienda:

6.2.2.1.

Profundizar la descentralización al gestionar directamente los recursos de operación del Proyecto y los fondos regulares del Ministerio. A su vez cada SILAIS descentralizará su gestión en al menos dos municipios en el 1er año de la tercera fase y luego ir incorporando aquéllos que alcancen la madurez de gestión necesaria.

6.2.2.2.

Desarrollar, en conjunto con OPS/UNICEF, una propuesta para crear el Programa de Salud Ambiental para la atención primaria y validarlo en su territorio.

6.2.2.3.

Desarrollar, en conjunto con OPS/UNICEF, un Programa de Alimentación Complementaria para prevenir y recuperar los daños nutricionales del Mitch, proponer una estrategia para su financiamiento y aplicación en el territorio afectado y validarlo.

6.2.2.4.

Continuar con el Modelo de Atención de Salud participativa, sensible al género y creado en las dos fases previas del PROSILAIS, incorporando las nuevas metas que su vigilancia epidemiológica y social defina.

6.2.2.5.

Incorporar a las ONGs de salud y la sociedad civil en el diagnóstico, priorización, en la programación, en la ejecución y en la evaluación de sus acciones, a través de su presencia en los Consejos Consultivos del SILAIS, Municipios y otras instancias de participación.

6.2.2.6.

Desarrollar el Plan Anual del PROSILAIS, que deberá estar en operación el 1ro. de Enero de cada año, tanto en la parte técnica como financiera.

6.2.2.7.

Para gerenciar los fondos del PROSILAIS y del MINSA, se creará con fondos del Proyecto, una unidad de gestión administrativa para manejar los recursos directos, distribuirlos pronta y eficazmente y hacer las rendiciones en el plazo convenido. El responsable de esta unidad de gestión de salud -UGS- deberá ser un profesional del área de gestión financiera y su cargo será concursado públicamente.

6.2.2.8

Se recomienda, impulsar como parte de un esfuerzo multisectorial, interdisciplinario e interinstitucional la iniciativa de “comarcas saludables”, en donde se trate de abordar de manera integral el problema de salud y sus determinantes y se ejecuten acciones en ámbitos no – tradicionales pero que afectan la salud y la calidad de vida (ej: promoción de la producción de autoconsumo, actividades agrícolas u otras actividades productivas, actividades de protección del ambiente, escuelas saludables, actividades de promoción de alimentación y nutrición,

abastecimiento de agua y saneamiento). Esto podría significar una revisión del perfil de la red comunitaria, un esfuerzo mayor de coordinación y la asignación de recursos específicos adicionales para ensayar este modelo alternativo que promueva la salud y el desarrollo. La UNAN-León, expresó interés en participar en un esfuerzo de esta naturaleza.

6.2.2.9

Se sugiere que cada SILAIS tenga asignado un fondo para apoyo a ONG's activas en los diferentes municipios y que realicen actividades relacionadas con los objetivos del proyecto, dirigidas a grupos prioritarios o en áreas en donde el MINSA no ha desarrollado una experiencia o no está en capacidad de abordar.

6.2.2.10

Se sugiere realizar un estudio sobre los factores que inciden en la presencia de muertes perinatales, con el fin de que éste proporcione lineamientos más específicos en relación a acciones a tomar con el fin de incidir de manera más efectiva en la reducción de las tasas de mortalidad en este grupo de edad.

6.2.2.11

Se sugiere que exista en cada SILAIS al menos una persona con capacidad técnica para apoyar el desarrollo de actividades en las áreas de salud mental, aspectos psico-sociales, comunicación social e investigación.

6.2.3. Nivel de Agencias Ejecutoras OPS y UNICEF

El importante y significativo papel que han tenido las agencias en las dos fases del Proyecto, donde han sido el apoyo técnico de la exitosa gestión del Proyecto, permitirá avanzar hacia una completa descentralización y la total sustentabilidad del modelo de atención, que emerge del Proyecto. Por lo cual se recomienda que las Agencias desarrollen un nuevo rol en el Proyecto, por ello se recomienda:

6.2.3.1.

Que OPS y UNICEF apoyen técnicamente a los SILAIS a desarrollar el programa anual, que debería estar definido y aprobado antes del 1ro de enero de cada año, estableciendo las metas anuales y trimestrales y los costos que ello significa. También desarrollar el Programa de Salud Ambiental para Nicaragua, que será validado por el PROSILAIS. Además apoyar al PROSILAIS a desarrollar el Programa de Alimentación Complementaria, como se propone en 6.2.1.7 y 6.2.2.3. Continuar con su apoyo a las actividades de género y violencia familiar, lucha vectorial, PAI y otros.

6.2.3.2.

Conformar un Equipo Conjunto Agencial -ECA- con OPS y UNICEF, con un encargado de proyecto que actúe de intermediario con el Ministerio y defina un programa de trabajo anual de apoyo al PROSILAIS, que será parte del Plan Anual del PROSILAIS. Este Plan debe estar en operaciones técnicas y financieras el 1ro de enero de cada año. El cargo de encargado de ECA será concursado entre el personal de ambas agencias, Asdi participará en el comité de selección.

6.2.3.3.

Mantener la función de operar los fondos de capacitación en primer año de la tercera fase y los fondos de compra de equipamientos e insumos médicos durante los dos primeros años de la misma.

6.3. Propuesta del Monitoreo de Asdi al PROSILAIS

Para el seguimiento de Asdi a la tercera etapa del PROSILAIS es necesario establecer una evaluación anual en Noviembre de cada año para dar el marco al Plan Anual del Proyecto, que debe estar operante el 1ro de enero de cada año. Además verificar el cumplimiento de las metas técnicas y financieras de cada año, y para dar la aprobación de la continuación del Proyecto en las metas sugeridas para el año siguiente en relación a la descentralización de los recursos del Proyecto.

Las metas sugeridas que permitan el inicio de la Tercera Fase, las metas del Segundo Año, las metas del Tercero Año son las siguientes:

6.3.1. Metas necesarias para iniciar el PROSILAIS III

Estas metas deben estar logradas en Noviembre de 1999 y deben ser el resultado de un trabajo conjunto con el Ministerio, OPS, UNICEF y los Directores de los SILAIS.

- Estar establecido el Comité de Donantes, sugerido en 6.1.4.1.
- Haber conformado ECA y elegido su encargado(a) como se sugiere en 6.1.6.2.
- Haber descentralizado los gastos de operación del MINSA a los SILAIS del Proyecto.
- Haber incorporado la participación de la sociedad civil y ONGs en los Consejos Consultivos, como se sugiere en 6.1.4.3.
- Haber establecido el Plan Anual del PROSILAIS con su componente de programa de apoyo al Proyecto de ECA.
- Haber establecido las UGS en cada SILAIS, como sugerido en 6.1.5.7.
- Propuesta para el Plan de Alimentación Suplementaria, sugerencias de financiamiento y modelo de validación por el Proyecto, Plan de acción inmediata para mitigar situación nutricional local y plan de enfoque de género.
- Determinar una línea base para los diversos indicadores a ser objeto de monitoreo en la tercera fase. Se sugiere que la línea base incluya entre otros, indicadores relacionados con aspectos propios de salud, género, descentralización, participación, gerencia, manejo financiero.

6.3.2. Metas necesarias para iniciar Segundo Año del Proyecto

Estas Metas deben estar logradas en Diciembre de 2000, siendo las siguientes:

- Evaluación del Plan 1999
- Plan Anual del Proyecto para año 2.000
- Las UGS (Unidad de Gestión de Salud) de cada SILAIS han rendido fondos directos al tercer trimestre, si no esta la rendición del SILAIS, se elimina la posibilidad de recibir fondos de capacitación para año 2.000.
- Borrador de la Propuesta para el Programa de Salud Ambiental y el modelo de validación por el Proyecto.
- Evaluación de Propuesta del Programa de Alimentación Suplementaria y su validación

6.3.3. Metas necesarias para iniciar Tercer Año del Proyecto

Estas Metas deben estar logradas en Diciembre de 2001, siendo las siguientes:

- Evaluación del Plan 2000.
- Plan Anual del Proyecto para año 2001.
- Las UGS (Unidad de Gestión de Salud) de cada SILAIS han rendido fondos directos al tercer trimestre, si no está la rendición del SILAIS, se elimina la posibilidad de recibir fondos de capacitación y equipamiento e insumos de salud para año 2001.
- Evaluación de el Programa de Salud Ambiental y su proceso de validación.
- Evaluación de la validación del Programa de Alimentación Suplementaria.
- Realizar una evaluación de la tercera fase que haga recomendaciones sobre el proceso a seguir para desarrollar un retiro progresivo del apoyo de Asdi y durante el cual el MINSA reemplaza el fondo que proveniente de la donación sueca con fondos presupuestarios.

6.4. Marco Conceptual y Orientaciones para la Ayuda de Asdi

Las ideas fuerza que inspiraron la ayuda sueca a Nicaragua son *la Modernización del Estado con una Descentralización de la gestión de salud* hacia la base social, donde la participación de la sociedad civil y el municipio juegan un papel irremplazable.

La Sensibilidad de Género es otra de las ideas fuerza, que debería mostrarse en todos los ámbitos del liderazgo de salud, en el quehacer en salud, en sus estadísticas y en las prioridades de sus programas y no solo en los aspecto gineco obstétricos del tema.

El respeto a *los Derechos Humanos en salud considerando ésto un derecho esencial*, se demuestre en un *acceso igualitario* al sistema publico, *en la equidad* en los servicios, insumos y tecnologías de salud y *en respeto y empatía* hacia los pacientes, usuarios y sus familias.

La lucha contra la pobreza debe ser el eje integrador de todas las acciones en salud.

6.5. Lecciones Aprendidas y su Transferencia a otros Proyectos Asdi

Las mayores lecciones que emergen del PROSLAIS son las siguientes:

- La capacidad de *los sistemas locales de salud* de hacer entrega de programas de salud integrales efectivos y eficientes.
- La posibilidad de la *descentralización en salud* a nivel de departamentos (provincias) y municipalidades.
- La potencialidad del nivel local de incorporar la *sensibilidad de género* en las acciones de salud.
- La posibilidad de *incorporar proveedores comunitarios* en las acciones integrales de la atención primaria orientada a la comunidad.
- La capacidad de desarrollar *una vigilancia epidemiológica y social* a nivel local y usar la para identificar riesgos y evaluar programas de salud.
- La capacidad de *reaccionar ante catástrofes naturales* y tener respuestas locales efectivas.
- Las acciones de salud son prioridades sociales que pueden ser *neutrales* en las disensiones política locales.

Anexo 1

DESO/Hälso 1999-01-15

Göran Paulsson

cc: Gudrun Hubendick

Bernt Andersson

Torsten Wetterblad

Diarienummer: DESO-1996-0592

Terms of reference for the evaluation of sida's support to the health sector in nicaragua, prosilais 1992-1998.

1. Background

Sweden has supported the health sector in Nicaragua through the project PROSILAIIS since 1992. The present agreement covers the period from April 1996 to December 1999, with a period of activities from 1 April 1996 to 30 June 1999. The project is executed jointly by PAHO and UNICEF. As part of the preparatory process for a new agreement, on a continued support to the health sector in Nicaragua, Sweden and Nicaragua has agreed to carry out an evaluation of PROSILAIIS during February 1999.

2. Purpose and Scope of the Evaluation

The project's period of activity ends in June 1999 and the project are planned to continue after that, with a new agreement from July 1999.

The overall objective of the evaluation is to summarise and analyse the results achieved by PROSILAIIS 1992 – 1998 in relation to the project documents and to stated and revised objectives, and on basis of that make strategic recommendations for the future Swedish support.

3. The Assignment (issues to be covered in the evaluation)

The evaluation shall be seen in the context/environment of:

- The socio-economic development and political change in Nicaragua.
- The reforms of the public sector in general and the reform and decentralisation within the health sector in particular.
- The overall Swedish co-operation with Nicaragua.
- Projects supported by other donors in the health sector.

A. Achievements and sustainability 1992-1998

- Identify the main problems of the project resolved and those that have not been resolved. Describe the *impact* of the project in relation to its activities and results.
- Evaluate the approach and methods used for *implementation*, taking into account the degree of involvement and *participation of the beneficiaries* in the activities initiated within the project.
- The *co-operation* between the public health services and non governmental organisations (NGOs/ONGs) in areas of PROSILAIS.
- The implementation of *gender aspects* in the execution of the project. Gender as a cross-cutting strategy in the project.
- The planning process in the project and the use of *indicators* for monitoring and follow up.
- The relation between project funds and funds from other sources for financing of health services in the area of PROSILAIS (presupuesto nacional, presupuesto municipal, otros donantes, contribución comunitaria). The role of the Ministry of Health in the *co-ordination* between different donors.
- The Ministry of Health's *vision* of the future local health system, regarding sustainability and international co-operation, in a national health reform perspective.
- The progress of the *decentralisation* and the local health system. The impact of the progress on the epidemiological situation in the SILAIS.

B. The role and contribution of PAHO and UNICEF

- The *role* and contribution regarding technical assistance and administration of Swedish funds, based on the agreements between Sweden and the two agencies, including planning and monitoring of activities and relation to the MINSA and the SILAIS.
- The achievements regarding capacity building within MINSA to carry forward the reform process and reform projects.
- The administrative and operational costs of the agencies in relation to their functions in the project and in relation to similar costs in other donor financed projects in the health sector.
- The annual reports to Sweden from the Ministry and the agencies on the execution of the project.
- The role and function of the quarterly and annual meetings between Sweden, Nicaragua, PAHO and UNICEF.
- The disbursement of funds from Sweden to the executing agencies and from the agencies to the central level of the Ministry and to the SILAIS.

C. Coverage and quality of primary health care in areas supported

- The community *participation* in health activities and the capacity of voluntary actors (brigadistas, parteras, etc).
- The *technical* capacity of health personal at different levels (nivel central, SILAIS, centros y puestos de salud).
- The *management* and administrative capacity at different levels (nivel central, SILAIS, centros).
- The physical infrastructure, equipment and medical supply, including drugs.
- The division of responsibilities and interactions between different levels of health services, including planning and monitoring of activities supported by the project (nivel central, SILAIS, centros, puestos, casa bases).
- The distribution of project funds between main type of activities.

D. Conclusions and recommendations

- Make *strategic conclusions and recommendations* for the *future* Swedish support to the health sector in Nicaragua, based on the analyse of problems identified and results obtained. Describe how the program at different levels has been able to respond to the emergency situation in connection with Mitch, and how Mitch will affect the future program.
- The *Swedish monitoring* of the project.
- Make conclusions and recommendations regarding future possibilities of transforming the support to a sector program support.

4. Methodology, Evaluation Team and Time Schedule

The evaluation should be conducted through the study of documents (see list below) and interviews with representatives of the main actors in the project and with representatives of other donors in the health sector; visits to 3-4 SILAIS and 2-3 municipalities and 1-2 NGO in each SILAIS. The evaluation is proposed to be carried out by a team of 3 consultants, whom together would have broad experiences of public service reforms. They also need extensive experience of making evaluations, preferably within the health sector in Latin America and they should be fluent in the Spanish language. The time is proposed to be 4 weeks, with 2 weeks in Nicaragua.

The possibility of contracting local consultants for specific studies in preparation of the evaluation (e.g. a written structures enquiry to selected staff in the Ministry and the SILAIS), or to assist the evaluation team, should be considered. It should be noted that some studies recently executed or planned by the project, would give valuable inputs to the evaluation, specially the planned base line study but also the study on training of health staff and traditional birth attendants.

List of documents:

Agreements Sweden – Nicaragua, 1992 – 1996, 1996 – 1999.

Agreements Sweden – PAHO, 1992 – 1996, 1996 – 1999.

Agreements Sweden – UNICEF, 1992 – 1996, 1996 – 1999.

Project Document, 1992.

Project Document, December 1995.

Annual reports on PROSILAIS from PAHO and UNICEF, 1993 – 1996.

Consolidated annual report on PROSILAIS from MINSA, 1993 – 1996 (April 1997).

Annual report on PROSILAIS from MINSA for second half of 1996 (April 1997).

Annual report on PROSILAIS from MINSA, 1997 (April 1998).

Report on PROSILAIS, January – May 1998 (June 1998).

Monitoring reports to Sida (Roberto Belmar - Feb 1994, Aug 1994, March 1995, Sept 1996, Jan 1997).

Report to Sida on administrative and financial procedures within the project (Ingmar Armyr, INDEVELOP, March 1995)

Monitoring reports to Sida (Nils Öström/Harald Heijbel – Dec 1997, June 1998).

Different specific reports produced within the project and the SILAIS.

Demographic and Health Survey, Nicaragua 1997/98.

Project Appraisal Document, Health Sector Modernisation Project, World Bank, May 1998

Reports on socio-economic situation and development in Nicaragua (World Bank and others).

5. Reporting

The evaluation report shall be written in Spanish and should not exceed 25 pages, excluding annexes, and an Executive Summary in English should not exceed 7 pages. Format and outline of the report shall follow the guidelines in *Sida Evaluation Report – a Standardised Format* (see Annex 1). Three (3) copies of the draft report shall be submitted to the Embassy in Managua and to Sida DESO/Health Division in Stockholm no later than 28 February, 1999.

After the presentation of the draft report of the evaluation at Sida in Stockholm and in Nicaragua, with participation of MINSA, SILAIS, PAHO and UNICEF, and within 2 weeks after receiving comments on the draft report, a final version in 3 copies and on diskette shall be submitted to the Embassy in Managua and to Sida DESO/Health Division in Stockholm. Subject to decision by Sida, the report will be published and distributed as a publication within the Sida Evaluations series. The evaluation report shall be written in Word 6.0 for Windows (or in a compatible format) and should be presented in a way that enables publication without further editing.

The evaluation assignment includes the production of a Newsletter summary following the guidelines in *Sida Evaluations Newsletter – Guidelines for Evaluation Managers and Consultants* (Annex 2) and also the completion of *Sida Evaluations Data Work Sheet* (Annex 3). The separate summary and a completed Data Work Sheet shall be submitted to Sida along with the (final) draft report.

Annexes 1, 2 and 3 are retrievable from 'Sida-mallar'/Sida Evaluations.

Anexo 2

Lista de personas e instituciones entrevistadas

MINSA, Nivel Central

Martha McCoy	Ministra de Salud
Mariangeles Argüello	Vice-Ministra de Salud
Ana Ma. Cerruti	Directora de Cooperación Externa, MINSA
Stanley Atha	Director General de Servicios de Salud, MINSA
Miguel López	Director de Planificación, MINSA
Fátima Quiroz	Director Atención Integral a la Mujer, MINSA
Aurora Soto	Coordinadora Nacional PROSILAIS
Sergio Machado	Director General Administración Financiera
Fátima Gadea	Departamento de Programación y Presupuesto
Maritza Cáceres	Cuentas Nacionales

SILAIS León

Cayetano Munguia	Director SILAIS León
Salvador Rosales	Resp. Servicios Municipales, SILAIS León
Argentina Parajón	Resp. Servicios de Salud, SILAIS León
Mariana Guido	Resp. Planificación, Estadística, SILAIS León
Nuncio Silva Raudales	Resp. Cooperación Externa, SILAIS León
Isidro Álvaro Díaz	Resp. Finanzas, SILAIS León
Frank Delgado Valdivia	Administrador, SILAIS León
Aida Blanco	Resp. Enfermería, SILAIS León
Dalila López de Rizo	Resp. de Insumos Médicos, SILAIS León
Mireya Urroz	Resp. Enfermería Municipio Nagarote
Ivania Lainez Rubí	Directora Centro de Salud Subtiava
Plácida Ibarra	Presidente Consejo Consultivo ONG Mary Barreda
Jenny Williams	Asuntos de Género
Rosa Ma. Espinoza	Sub-directora, ONG Mary Barreda

El Sauce

Dixter Rivera	Director del Centro de Salud , El Sauce
Concepción Palacios	Odontóloga, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
Orlando Urbina	Ex visitador Médico, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
César del Castillo	Representante del Alcalde, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
Jhon Koldegaard	Coordinador Proyecto Manuel López, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
Arno Lemus Villanueva	Finquero, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
Francisco Valle Velásquez	Resp. ENACAL, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce
Marta Lila López	Farmacéutica, Miembro Consejo Consultivo, El Sauce

Quezalguaque

Bernarda Oporta	Directora Centro de Salud, Quezalguaque
Mateo Loza	Vice-alcalde
Marco Díaz	Párroco, Presidente del Consejo Consultivo de Salud
Yamilet Espinoza Quezada	Brigadista de salud
Marta Lorena Pereira	Brigadista de salud
Damacia Narvaez	Brigadista de salud
Ma. Jesús Hernández	Brigadista de salud
Cecilia Alvarado	Brigadista de salud
Eugenio Chacón	Brigadista de salud
Paula C. Rey	Brigadista de salud
Luis Acosta Antequera	Brigadista de salud
Conny Antequera	Técnico enfermería, Puesto de Salud Cristo Rey

UNAN-León

Ma. Antonieta Fonseca	Decano Facultad de Farmacia
Elena Balladares	Director Escuela de Tecnología de Alimentos
Nestor Castro	Director Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas

SILAIS Nueva Segovia

Giovanni Roa	Director del SILAIS
Maria de Jesús Pastrana	Coordinadora de Servicio de Salud, Doctora
Guadalupe Sevilla	Responsable PAI
Guadalupe Perez	Administradora Financiera
Flor de Maria Perez	Responsable Insumos Médicos
Maria del Socorro Zapata	Responsable Cooperación Externa

San Fernando

Somer D'turniel	Alcalde en San Fernando
Robert Cizek	Vice President Millenium 2100

Mozonte

Justo Mendoza	Alcalde en Mozonte
Maria Asunción Hernandez	Vice-Alcalde en Mozont
Clementina	Partera
Dr. Hueto	Director del Municipio

Ciudad Antigua

Martha Gonzalez	Directora del Municipio, Doctora
Casa Base en Carrizal	
José Padilla	Padre de Familia
Blas Larios Hurtez	Brigadista desde hace 17 años, Miembro comité de salud
Ciudad Ocotal	
Haydée Castillo	Directora Ejecutiva FUNDEMUNI (ONG)
Yovira....	Capacitación FUNDEMUNI
Dalila Flores	Capacitación FUNDEMUNI
Osman Palma	Director del Municipio

Reina Riva	Educadora de Salud
Gustavo Robles	Miembro del Consejo de Salud, Estación de Radio
Candida Sue	Enfermera
Flora Oliva	Enfermera
Ramón Granado	Médico
Graciella Hernandez	Paciente
Guadalupe Vega	Casa Materna Mery de Barreda, Educación
4 personas	Patientes Casa Materna Mery de Barreda
<i>Dipilto</i>	
Dra. Cruz	Directora del Municipio
SILAIS Estelí	

Embajada de Suecia
Torsten Wetterblad
Gudrun Hubendick

Consejero Cooperación Internacional

UNICEF OPS

Bernt Aasen	Representante UNICEF-Nicaragua
Philippe Lamy	Representante OPS/OMS Nicaragua
Jeanette Chavarria	Coordinadora PROSILAIS – UNICEF
Jeanette Aguirre	Coordinadora PROSILAIS – OPS/OMS
Debora Communi	Coordinadora de Programas, UNICEF
Carlos Morales	Consultor Medio Ambiente, OPS/OMS
Ma. Elena Berrios	Consultor Medicamentos, OPS/OMS
... Curie	
Silvia Narváez,	Consultor Enf. Transmisibles, OPS/OMS
Consultor Género,	OPS/OMS

USAID

Earle Lawrence	Oficial de Salud
----------------	------------------

BID

Julio Norori Gómez	Sector Social
--------------------	---------------

Banco Mundial

Nancy Gillespie	Economista, Sector Social
-----------------	---------------------------

Embajada de Dinamarca

Gregers Juel Jensen	Primer Secretario, Auditoría de la Cooperación
---------------------	--

Embajada Real de los Países Bajos

Reina Buijs	Asesora en Salud y Género
-------------	---------------------------

Comunidad Europea

Martha Gallardo	Asesora para asuntos de Cooperación
Michel Baujot	Co-Director Europeo

Otros

Flora Ruíz	Psicologa Integral
Nuzzly Ruiz	Especialista Sector Educación

Anexo 3

Conclusiones de Evaluación Participativa

Introducción y Metodología

A solicitud del MINSA el equipo evaluador en coordinación con el Ministerio organizó un taller de evaluación participativa del PROSILAIS. Esta evaluación tuvo lugar el día 16 de Febrero de 1999 con la participación de aproximadamente 50 personas, incluyendo representantes de los seis SILAIS del Proyecto, técnicos del Ministerio de Salud nivel central, representantes de las municipalidades, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León, brigadistas de salud y parteras.

La evaluación participativa utilizó la metodología del FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas). Se conformaron ocho grupos de discusión y cada grupo analizó un tema específico. En una primera sesión los grupos analizaron las fortalezas/oportunidades/debilidades/amenazas del tema asignado. Posteriormente los grupos discutieron estrategias para el trabajo futuro en esos temas tomando como base el análisis FODA realizado. Cada grupo discutió al menos 16 posibles estrategias, de las cuales seleccionó tres prioritarias. En la siguiente sección se presentan las tres estrategias prioritarias para cada uno de los temas seleccionados. La sección final presenta el análisis FODA para cada uno de los temas.

B. Estrategias prioritarias para cada uno de los temas de discusión

1. *La orientación y visión a futuro del Ministerio de Salud* (tomando en cuenta el proceso de reforma y modernización y el Huracán Mitch)
 - Concluir consulta nacional para alcanzar un consenso nacional sobre el programa de modernización del sector salud.
 - Elaborar propuesta del marco jurídico
 - Crear espacios de participación para hacer más equitativa la entrega de servicios, elevando el nivel de resolución.
2. *Recursos Humanos* (Capacitación, capacidad gerencial, capacidad técnica)
 - Ley de formación profesional
 - Incrementar el número de capacitaciones enfocado a problemas priorizados
 - Mejorar el nivel de resolución con un equipamiento adecuado
3. *Participación de Beneficiarios* (Brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, casas base, líderes comunitarios y consejos consultivos)
 - Involucrar en el proceso de elaboración de diagnóstico, planificación y evaluación del desarrollo local a la comunidad organizada, fortalecer la organización comunitaria y creación de estructuras intersectoriales e intraterritoriales a través de la elaboración de proyectos locales
 - Adoptar para el desarrollo local iniciativas en favor a la salud como es el movimiento de municipios y escuelas promotoras de la salud.
 - Vigilar la salud incorporando a la comunidad (investigación-acción). Vigilar no solo el daño, sino también la prevención de los problemas de salud.

4. *En el área de cooperación entre el sect. público de salud y las ONGs.*
 - Ampliar y fortalecer la participación social en los diferentes aspectos de la gestión en salud
 - Fortalecimiento del liderazgo y la gestión en salud y desarrollo gerencial de los recursos
 - Cumplimiento de las políticas de participación social y estabilidad laboral y permanencia de los recursos humanos
5. *En el área de Género* (Considerando género en todas las fases del Prosilais)
 - Mayor propaganda a través de los medios sobre el tema de género.
 - Coordinar con la red de mujeres existentes acciones sobre el tema de género.
 - Divulgación sobre el tema de género a través de los medios de comunicación.
6. *El papel de las agencias OPS y UNICEF*
 - Dar seguimiento a procesos de capacitación a equipos de dirección
 - Unificar mecanismos de solicitud y rendición de cuentas
 - Acompañar procesos de descentralización
7. *El proceso de descentralización* (coordinación entre Minsa y Silais y Municipios)
 - Planeación conjunta y activa con actores sociales a nivel municipal
 - Sensibilizar a las instituciones y actores sociales a través de capacitaciones sobre los principales problemas de salud.
 - Elevar la capacidad de gestión a nivel local (coordinación interinstitucional)
8. *Equipamiento e Insumos Médicos*
 - MINSA garantice medicamentos para la morbilidad general
 - MINSA debe incrementar presupuesto en correspondencia con el incremento de la demanda (per cápita por daño de la salud)
 - Coordinar con Gobiernos municipales el mantenimiento de las unidades de salud.

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 1: La orientación y visión a futuro del Ministerio de Salud

(tomando en cuenta el proceso de reforma y modernización y el Huracán Mitch)

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Polarización de la sociedad	a. Financiamiento externo
	b. Bajo nivel socio-económico y cultural	b. Existencia de ONGs
FORTALEZAS		
a. Voluntad política institucional	· Concluir consulta para obtener un consenso nacional sobre la modernización del sector · Creación de consejos consultivos municipales previa capacitación	· Formulación de proyectos concretos con participación social · Liderazgo y coordinación sistemática con ONGs
b. Muninicipalización de los servicios	· Extensión de cobertura a población de mayor riesgo o más vulnerable · Creación de equipos de salud (brigadas médicas móviles) para atención.	· Descentralización de los proyectos · Elaboración de políticas de alimentación
DEBILIDADES		
a. Marco jurídico institucional	· Elaborar propuesta del marco jurídico · Divulgación y cumplimiento de las leyes existentes	· Elaborar propuesta de marco jurídico · Regulación del quehacer de ONG · Programas educativos y de
b. Falta de conciencia hacia donde queremos llegar	· Concluir consulta para obtener un consenso · Crear espacios de participación para hacer más equitativa la cobertura de servicios, elevando el nivel de resolución	· comunicación social · Impulsar visión compartida manteniendo la rectoría.

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 2: Recursos Humanos (Capacitación, capacidad gerencial, capacidad técnica)

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Situación coyuntural	a. Elevar la capacidad para gerenciar y dirigir con eficiencia y eficacia
	b. Salarios alternativos	b. Brindar atención con calidad, eficiencia y equidad
FORTALEZAS		
a. Eleva el nivel de conocimiento científico – técnico de los recursos humanos b. Manejo adecuado de los problemas de salud	· Ley de formación profesional · Remuneración adecuada · Elaboración de un plan ante situación coyuntural · Estimulación a los recursos humanos	· Plan de becas con criterio de selección · Plan de educación permanente · Incrementar número de capacitaciones enfocado hacia los problemas priorizados · Mejorar el nivel de resolución con un equipamiento adecuado
DEBILIDADES		
a. Alta rotación de los recursos humanos b. Falta de disposición y motivación del personal para su desempeño laboral	· Estabilidad laboral · Remuneración adecuada · Motivación oportuna a los recursos humanos · Remuneración adecuada	· Garantizar la estabilidad de los recursos humanos en las unidades · Disminuir la rotación de los recursos humanos · Garantizar la estabilidad de los recursos humanos · Motivación al personal de salud

**ANALISIS FODA PARA EL TEMA 3: Participación de Beneficiarios
(Brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, casas base, líderes comunitarios y consejos consultivos)**

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Incremento del analfabetismo	a. El abordaje integral de los problemas de salud (medio ambiente, salud y nutrición)
	b. Falta de financiamiento para incentivar la participación	b. Comunidad receptiva y dispuesta a participar
FORTALEZAS		
a. Organización institucional b. El MINSA reconoce que se requiere de la comunidad para incidir en los problemas de salud	· Fortalecer interrelación intracomarcal de líderes para el desarrollo local · Introducir iniciativas para construir ámbitos sanos y saludables en los planes de inversión municipal · Establecer políticas que incluyan la promoción de la salud · Incorporar en el proceso de elaboración de diagnóstico, planificación y evaluación del desarrollo local a la comunidad organizada	· Adoptar en el desarrollo local iniciativas en favor de la salud como es el movimiento de Municipios y escuelas promotoras de la salud · Fortalecer la organización comunitaria para enfrentar sus problemas de salud · Fortalecer la capacitación alrededor del enfrentamiento de los principales problemas de salud · Conformación de comisiones, consejos, etc. que coordinen las actividades que modifiquen los principales problemas de salud.

	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
TEMA 3: Participación (continuación)	a. Incremento del analfabetismo	a. El abordaje integral de los problemas de salud (medio ambiente, salud y nutrición)
DEBILIDADES	b. Falta de financiamiento para incentivar la participación	b. Comunidad receptiva y dispuesta a participar
a. Falta de monitoreo y seguimiento	· Establecer indicadores de proceso e impacto para el monitoreo y seguimiento · Fortalecer la organización comunitaria y creación de estructuras intersectoriales e intraterritoriales a través de la elaboración de proyectos locales	· Establecer el monitoreo y evaluación con la construcción de indicadores de proceso y de impacto · Incorporar a la comunidad en el seguimiento de sus actividades
b. Falta de investigaciones operativas	· Incrementar el proceso de investigación-acción que permitan detectar los problemas y resolverlos · Incorporar a la comunidad en el proceso investigación-acción en la solución de sus problemas	· Vigilar la salud incorporando a la comunidad (investigación-acción). Vigilar no solamente el daño a la salud sino también la prevención de los problemas de salud. · Incorporar a la comunidad en el proceso de investigación-acción para poder incidir en la modificación de los problemas de salud

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 4: Cooperación entre el sector público de salud y las ONGs.

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Alta vulnerabilidad de los desastres naturales b. No continuar con el apoyo del proyecto	a. Participación del consejo consultivo en la programación b. Amplia participación y organización comunitaria
FORTALEZAS		
a. Existencia de una política que contempla la participación de todos b. Intereses comunes con grupos vulnerables	· Fortalecimiento de la participación social · Ampliar la participación social · Coordinación de la participación de los diferentes organismos rectoreando para agrupar a los sectores · Institucionalizar y potenciar la participación de la comunidad en la solución de sus problemas.	· Ampliar a todos los niveles del proyecto a todos los actores sociales · Dar seguimiento y cumplimiento a las políticas de participación social · Coordinación de la participación de los diferentes organismos
DEBILIDADES		
a. Limitado liderazgo que no permite compartir información b. Inestabilidad laboral de los recursos humanos	· Fortalecer el liderazgo y la gestión en salud y desarrollo gerencial de los recursos · Estabilidad laboral y permanencia de los recursos en los programas · Establecer una política de continuidad de las acciones del proyecto	· Fortalecimiento del liderazgo y la gestión en salud · Cumplimiento de las políticas y estabilidad laboral · Nueva filosofía de formación de recursos humanos (equipos) · Cumplimiento en política de formación de los recursos

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 5 : Género. (Considerando género en todas las fases del Prosilais)

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. No se ha alcanzado el nivel cultural para asimilar el tema de género b. Red de mujeres existente que hace énfasis en el feminismo	a. Mayor apoyo y coordinación interinstitucional y ONGs para abordar aspectos sobre el tema de género b. Mayor oportunidad de llegar hasta la red comunitaria con el tema de género
FORTALEZAS		
a. En todos los talleres de capacitación se hace énfasis en el tema de género b. El MINSA tiene incluida dentro de sus políticas temas de género	· Hacer mayor propaganda y divulgación del tema de género a través de los medios de comunicación. · Coordinar con la red de mujeres acciones conjuntas sobre enfoque de género. · Mayor divulgación sobre género.	· Continuar e incrementar talleres de capacitación en enfoque de género. · Aprovechar la red de salud existente para la divulgación del enfoque de género · Reforzar la coordinación internacional y como MINSA ser líder en la política de salud en el aspecto de género. · Divulgar a través de la red comunitaria las políticas del MINSA relacionadas con enfoque de género.
DEBILIDADES		
a. Poca comunicación a través de los medios de comunicación sobre el tema de género b. No conocer objetivamente el impacto a la población sobre el tema de género	· Documentar la divulgación sobre tema de género para incidir en el factor cultural. · Incluir dentro del plan de comunicación social a la red de mujeres existentes. · Realizar encuesta y estudios sobre el conocimiento de la población sobre enfoque de género. · Acciones con ONG y red mujeres para conocer impacto de capacitaciones	· Mayor apoyo financiero en el rubro de divulgación y propaganda. · Fortalecimiento de la red de comunicadores sociales · Financiamiento para un estudio sobre el impacto del tema de género en la población.

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 6: El papel de las agencias OPS y UNICEF

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Inflexibilidad en cuanto al requerimiento de formatos implementados (listado de participantes, proforma) b. Que desaparezca el proyecto sin haber logrado una autosostenibilidad	a. Se dispone de un equipo técnico amplio para dar acompañamiento a los SILAIS y nivel local. b. Disponibilidad de las agencias en apoyar las solicitudes de los SILAIS.
FORTALEZAS		
a. Apoyo en la gestión y en el fortalecimiento institucional (equipos, suministros, infraestructura) b. Avance en la descentralización municipal	· Acompañar proceso de descentralización · Unificar criterios y mecanismos únicos de solicitud y rendición de cuentas. · Dar seguimiento a procesos de capacitación de los equipos de salud · Aprovechar los recursos humanos de las agencias para desarrollar los municipios	· Acompañar proceso de descentralización · Aprovechar recursos de las agencias para desarrollar los municipios
DEBILIDADES		
a. Cambio de formatos de solicitud/rendiciones b. Recursos limitados (humanos y equipo) en la gestión administrativa desde el nivel local.	· Proporcionar equipos y asesoría · Simplificar mecanismos · Disponer de fondos propios para apoyar a los SILAIS · Promover gestión Municipal para fondos/proyectos alternativos	· Diseñar plan de supervisión, monitoreo y evaluación · Desarrollar los equipos municipales

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 7: El proceso de descentralización (coordinación entre Minsa y Silais y Municipios)

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Falta de sensibilización de algunas instituciones ante los problemas de salud (MED, ENACAL, MARENA). b. La no aprobación de presupuestos presentados por el nivel municipal (presupuesto fiscal)	a. Participación social consolidada b. Existencia de organismos que impulsan los procesos de descentralización
FORTALEZAS		
a. El equipo municipal prioriza los problemas de salud, planifica los fondos y ejecuta actividades. b. Ampliación de cobertura en Atención Primaria	· Sensibilizar a las instituciones y actores sociales través de capacitación sobre los principales problemas de salud · Elevar la capacidad de gestión a nivel local (coordinación interinstitucional) · Sensibilizar a las instituciones y actores sociales través de capacitación sobre los principales problemas de salud · Elevar la capacidad de gestión a nivel local (coordinación interinstitucional)	· Planeación conjunta y activa con actores sociales a nivel municipal. · Integrar al proceso de programación, planificación y ejecución de actividades en salud con las diversas organizaciones del territorio. · Planeación conjunta y activa con actores sociales a nivel municipal. · Integrar al proceso de programación, planificación y ejecución de actividades en salud con las diversas organizaciones del territorio

TEMA 7 (continuación)		
DEBILIDADES	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
a. Poco avance en algunos municipios en el proceso de descentralización	· Elaboración y ejecución de planes conjuntos con instituciones y actores sociales. · Elevar la capacidad de gestión local en la adquisición de recursos humanos y financieros	· Potenciar los recursos humanos existentes en la comunidad · Presentar y gestionar proyectos a organismos que impulsan la descentralización
b. Deficit de recursos humanos, financieros y materiales	· Elaboración y ejecución de planes conjuntos con instituciones y actores sociales. · Elevar la capacidad de gestión local en la adquisición de recursos humanos y financieros	· Potenciar los recursos humanos existentes en la comunidad · Gestionar a instancias superiores aprobación de plazas necesarias del nivel local

ANALISIS FODA PARA EL TEMA 8: Equipamiento e insumos médicos

FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
	a. Desastres naturales b. Excesivos trámites burocráticos para adquisición de equipos	a. Decisión política de crear los SILAIS b. Existencia del proyecto con amplia apertura
FORTALEZAS		
a. Dotación de equipos médicos y no médicos b. Mejoramiento de la infraestructura física	- Planes de evacuación actualizados y divulgados - Agilizar los procesos para la adquisición de equipos (compra y entrega) - Estudios adecuados para la construcción - Procesos de licitación ágiles.	- Planificación estratégica local - Organizar y fortalecer taller de mantenimiento de equipos y unidades móviles - Coordinar con Gobiernos municipales el mantenimiento de las unidades de salud - Coordinar con Gobiernos municipales
DEBILIDADES		
a. Desabastecimiento de medicamentos para grupos no priorizados b. MINSA cada vez más dependiente del proyecto	- Planes de abastecimiento de emergencia en coordinación con el CIPS - MINSA garantice medicamentos para la morbilidad general - MINSA destine fondos para atender emergencias epidémicas - MINSA debe incrementar su presupuesto en correspondencia con el incremento de la demanda (per cápita por daño de la salud)	- MINSA debe garantizar medicamentos para la morbilidad general - Que el medicamento comprado por el proyecto pase directamente a los SILAIS y no sea entregado por el CIPS - Incrementar la descentralización de cada SILAIS en el presupuesto asignado y desembolso completo. - Generar proyectos de sostenibilidad con fondos revolventes que sean administrados por cada unidad de salud.

Anexo 4

Resumen del Apoyo Externo Brindado en los Últimos Cinco Años y de Algunas Estimaciones para el Período 1999-2002

Agencia	Antes de 1999	1999 ...
ASDI, administrado por OPS y UNICEF	Proyecto PROSILAIS 1992-1999, apoyo a los SILAIS de Chinandega, León, Nueva Segovia, Madriz, Estelí, RAAS	En consideración una tercera fase
Banco Mundial	USD 20 millones, Implementación del modelo integral de atención materno infantil en 7 SILAIS. Varios estudios relacionados con uso racional de medicamentos, situación de recursos humanos en salud y otras actividades.	1998-2002 proyecto de modernización del sector salud USD 24 millones (crédito IDA) más USD 3.0 millones de NORAD y USD 3,5 millones de Nordic Development Fund. Varios componentes, entre otros expansión del modelo integrado de atención materno infantil al resto de SILAIS del país, provisión de medicamentos, capacitación, infraestructura y equipo.
Banco Interamericano de Desarrollo	Apoyo a hospitales, diversos estudios.	USD 50 millones 1998 – 2002. Modernización de dos hospitales en Managua, modernización de MINSA central en relación a los hospitales, atención materno-infantil en Matagalpa (fondo de subsidio a la demanda).
Cooperación Holandesa	Proyecto FORSAP (fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud). Finaliza en 1999.	A someterse a consideración una posible extensión a fines de 1999.
Unión Europea	Proyecto de salud materno infantil en Masaya, Carazo y Rivas.	USD 14 millones, fortalecimiento de cuatro SILAIS: Matagalpa, Jinotega, RAAN y Río San Juan.
USAID	ENDESA 98, salud reproductiva, atención integral a la mujer y a la niñez.	PROSALUD, USD 35 millones 1998-2003, en Matagalpa, Jinotega, Boaco.
UNFPA	Varios proyectos de salud reproductiva relacionados con planificación familiar y educación sexual.	Datos no disponibles.
GTZ	Salud reproductiva en León, Chinandega, RAAS y Managua	Datos no disponibles.

Fuente: Elaborado por el equipo evaluador

Anexo 5

Red del Primer Nivel de Atención – PROSILAIS

Casas Bases por SILAIS

SILAIS	1993	1996
León	0	279
Chinandega	0	361
Madriz	0	243
Nueva Segovia	208	514
Estelí	0	180
RAAS	0	147
TOTAL	208	1,724

Fuente: Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales
De Atención Integral en Salud, MINSA, Unicef, OPS, Asdi, 1998

Personal Comunitario Capacitado

	Brigadistas		Parteras		Colaboradores Voluntarios	
SILAIS	1993	1996	1993	1996	1993	1996
León	1323	1530	457	486	569	569
Chinandega	807	1355	221	345	379	577
Madriz	611	1082	195	300	202	257
Nueva Segovia	528	1135	125	352	106	310
Estelí	1000	1200	226	276	288	323
RAAS	200	354	14	127	35	92
TOTAL	4469	5279	1238	1886	1579	2128

Fuente: Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales
De Atención Integral en Salud, MINSA, Unicef, OPS, Asdi, 1998

Unidades de salud, 1998

SILAIS		1998		
	Centros de Salud con camas	Centros de Salud sin camas	Puestos de Salud	Puesto Médico
León	1	12	35	48
Chinandega	3	12	73	
Nueva Segovia	2	3	40	10
Madriz	0	9	18	
Esteli	2	4	30	
RAAS	0	8	11	
TOTAL	8	48	207	58

Fuente: División General de Planificación y sistemas de información, MINSA

Anexo 6

Lista de Materiales Revisados

Acciones Coordinadas MINSA- Sociedad Civil, Acción Ya – MINSA Estelí, PROSILAIS, UNICEF, 1998.

Agreement Between the Government of Sweden and The Pan American Health Organisation on Support to Health Services in Nicaragua, 1996

Agreement Between the Government of Sweden and the United Nations Children Fund on Support to Health Services in Nicaragua, 1996

Annual Report 1997, PROSILAIS Project, PAHO/WHO, PWR-Nicaragua, November 1997.

Asistencia Técnica y Administrativa PROSILAIS No cargada al Proyecto 1997-1999, UNICEF, 1999.

Asistencia Técnica y Administrativa PROSILAIS No cargada al Proyecto 1997-1999, OPS/OMS, 1999.

Bedömningspromemoria och Förslagspromemoria, RELA, Stöd till hälsovård i Nicaragua 1996-1999, Stockholm, oktober 1997.

Brigadas Médicas Móviles en Nicaragua. Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. PROSILAIS, MINSA, UNICEF, OPS/OMS, Asdi, Managua, Nicaragua, 1998.

Capacitación a personal de salud y agentes comunitarios voluntarios. Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. PROSILAIS, MINSA, UNICEF, OPS/OMS, Asdi, Managua, Nicaragua, 1999.

Casas Maternas en Nicaragua. Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. PROSILAIS, MINSA, UNICEF, OPS/OMS, Asdi, Managua, Nicaragua, 1998.

Centeno Juan, Castro Nestor, Aragón Aurora, Informe Preliminar de Evaluación de Indicadores de Impacto y Proceso del Proyecto PROSILAIS en León, Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia y la RAAS, entre 1993-1997. León, Enero 1999.

Centro Educativo para la Mujer "Mery de Barreda", VII Aniversario, Ocotal, Nueva Segovia, 1987-1994,

CEPAL, La Descentralización de la Educación y la Salud, Un Análisis comparativo de la experiencia latinoamericana, Compiladoras Emanuela di Gropello y Rossella Cominetti, Santiago de Chile, 1998.

Convenio de Financiación entre la Comunidad Europea y La República de Nicaragua, "Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua, 1997.

Cruz Bertilda Olivas, Janet Zúñiga Arana, Aura Lila Molina Ramírez, Norman Jirón Romero, Estándares de Enfermería para el mejoramiento de la calidad de la atención. Dirección de Enfermería, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Managua, 1996.

El Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, De cara al siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, León.

Estudio de la Demanda de servicios de salud, Nicaragua 1995. Ministerio de Salud, Management Sciences for Health, BID, Agosto 1996.

Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA-98, Informe Preliminar, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, MINSA, DHS, 1998

Estudio de Costos, Primer Nivel de Atención en Salud, Macro Región Norte, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Asdi, Nicaragua, Octubre 1998.

Estudio de Costos, Primer Nivel de Atención en Salud, Macro Región Occidente, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Asdi, Nicaragua, Septiembre 1998.

European Commision, DG V- A guide to gender impact assessment, Employment and Social Affairs, Belgium, 1998.

Europeiska Kommissionen, DG V- 100 jämställdhetsord- En ordlista om jämställdhet mellan kvinnor och män, Sysselsättning och Socialpolitik, Tyskland, 1998.

Evaluación 1993-1995, Proyecto de Desarrollo de los SILAIS León, Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia y la RAAS, PROSILAIS, Ministerio de Salud, Managua, Octubre 1996.

Evaluación Agosto – Diciembre 1996, Proyecto de Desarrollo de los SILAIS León, Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia y la RAAS, PROSILAIS, Ministerio de Salud, Mayo 1997.

Evaluación Anual, comparativo 96-97 de Atención Integral a la Mujer, Niñez y adolescentes, MINSA, SILAIS, Nueva Segovia, Centro de Salud José Dolores Fletes, Ocotal, Nueva Segovia, 1998

Evaluación del Proyecto 1994, PROSILAIS, OPS/OMS, Managua, Marzo, 1995

Guías para los proyectos de los Centros Alternativos de Atención e Investigaciones, MINSA, OPS/OMS, UNICEF

Healthy Families Program, 1998-2003, USAID, Managua, Nicaragua, 1998.

Informe Anual 1997, Proyecto Desarrollo de los Servicios de Salud en los SILAIS Chinandega, Estelí, Madriz, Nueva Segovia, León y RAAS, PROSILAIS, MINSA, Coordinación Nacional PROSILAIS, República de Nicaragua, Marzo 1998.

Informe de la Ejecución de Fondos PROSILAIS para la Emergencia, Periodo de Información:Noviembre, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Managua, Nicaragua, Diciembre, 1998.

Informe del Consultor Dr. Roberto Belmar, Reunión Annual de la cooperación de salud en el PROSILAIS entre Nicaragua y Suecia (27 al 30 enero de 1997).

Informe PROSILAIS, Avances de Actividades I Semestre, Ejecución Financiera Enero a Agosto, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Managua, Nicaragua, 1998.

Instructivo para la presentación de rendición de cuentas, OPS/OMS, Nicaragua.

Instructivo para la presentación de rendición de cuentas, UNICEF, Nicaragua.

Instructivo para la presentación de solicitud de cooperación (con desembolso de fondos), OPS/PMS, Nicaragua.

Instructivo para la presentación de solicitud de cooperación (con desembolso de fondos), UNICEF, Nicaragua.

Lista Básica de Medicamentos, Dirección General de Normalización de Insumos Médicos, Programa de Medicamentos Esenciales OPS/OMS, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Abril 1998.

Local Integrated Health Care Systems Programme in Nicaragua, Project document 1992-1996, UNICEF, 1998

Manual de Funciones de Enfermería, Primer Nivel de Atención, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Managua, Septiembre 1998.

Memoria de la Reunión Anual de Evaluación PROSILAIS 1997, 16-17 de febrero de 1998, Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud- SILAIS-PROSILAIS, UNICEF, Managua, Nicaragua, 1998.

Mikkelsen, Britha, Methods for Development Work and Research- A Guide for Practitioners, Dehli, 1997.

Moser, Caroline, "Gender Planning and Development"- Theory, Practice & Training, London, 1993.

Munguía Martha y González Jaime, "Mas allá de la Esperanza", Experiencias de Atención a personas afectadas por la violencia, Centro Investigativo Asistencial de la Mujer-Acción Ya, Santa Cruz, Estelí, 1992-1996

Nils Öström and Harald Heijbel, Monitoring of Sida's Health Sector Support to Nicaragua. Stockholm Group for Development Studies, First Report, December 1997.

Nils Öström and Harald Heijbel, Monitoring of Sida's Health Sector Support to Nicaragua. Stockholm Group for Development Studies, Second Report, August 1998

Pan American Health Organization, Leading Pan American Health, 1998.

Parteras en los SILAIS de Nicaragua, Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. PROSILAIS, MINSA, UNICEF, OPS/OMS, Asdi, Managua, Nicaragua, 1999.

Plan de Emergencia en salud pública para las poblaciones afectadas por el huracán Mitch en los SILAIS Chinandega, León, Estelí, Nueva Segovia, Madriz y la RAAS, Noviembre 1998 a Enero 1999, Ministerio de Salud, OPS/OMS, UNICEF. Nicaragua, Noviembre 1998.

Política Nacional de Salud 1997-2002, División General de Planificación y Sistemas de Información, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Managua, 1997.

Programa de Modernización del Sector Salud 1998-2002, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Managua, 1998.

Project Appraisal Document on a proposed adaptable program credit in the amount of SDR 17.9 Million to the Republic of Nicaragua for a Health Sector Modernization Project, The World Bank, May 11th, 1998

Propuesta, Plan de Acción para contribuir a la reconstrucción nacional y al desarrollo de un nuevo modelo de gestión comunitario y educativo. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, UNAN- León, Enero 28, 1999.

PROSILAIS, Development of Local Integrated Health Care Systems in Chinandega, Estelí, León, Madríz, Nueva Segovia and the RAAS, Report on Project Implementation January-October 1996, Donor: The Government of Sweden, March 1997, UNICEF, March 1997.

PROSILAIS, Project Development of Local Integrated Health Care Systems in Chinandega, Estelí, León, Madríz, Nueva Segovia and The RAAS, PROSILAIS II, First Progress Report, UNICEF, February 1997.

PROSILAIS, Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, Asdi, Managua, Nicaragua, 1998.

PROSILAIS, Project to Strengthen the Local Integrated Health Systems (SILAIS), First, Second and Southern Atlantic Regions of Nicaragua, Fourth Report to the Donor, January-December 1995, Donor: The Government of Sweden through Sida, UNICEF, Nicaragua, April, 1996.

PROSILAIS, Support to Local Integrated Health Care Systems in Chinandega, Estelí, León, Madríz, Nueva Segovia and The RAAS, Report to the Government of Sweden, January to December 1997, UNICEF, March 1998.

PROSILAIS-PROSERBI en Municipios Coincidentes, División de Actividades en el Sector Salud, UNICEF, NICARAGUA, 1999.

Proyecto de Desarrollo de los SILAIS-PROSILAIS, Documento de Proyecto, MINSA, OPS/OMS, UNICEF, 1997

Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. PROSILAIS, MINSA, UNICEF, OPS/OMS, Asdi, Managua, Nicaragua, 1998.

Remisión de Inventarios PROSILAIS, Interoffice Memorandum, UNICEF, julio 1997.

Sector Social, Políticas, Estrategias y Programas para la Reconstrucción y Transformación, Versión Preliminar, Documento Preparado para el Grupo Consultivo de Emergencia para América Central, 10-11 Diciembre, República de Nicaragua, 1998.

Sida, Utvecklingssamarbete med Centralamerika efter orkanen Mitch, Skrivelse från Sida till Sveriges regering, December, 1998.

Sida: Woroniuk, Beth; Thomas, Helen; Schalkwyk, Johanna, Gender: The concept, its meaning and uses, A think piece, Stockholm, May, 1997

Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación, Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Managua, 1996.

Sistematización de Experiencias de Brigadas Médica Móviles y Casas Maternas, PROSILAIS, MINSA, OPS/OMS, UNICEF.

Situación de Salud de los SILAIS, Actividades para la Atención de la Emergencia con fondos PROSILAIS, Noviembre 1998. Ministerio de Salud, OPS/OMS, UNICEF.

Specific Agreement Between the Government of Sweden and the Government of Nicaragua on Support to the health sector 1992/93 – 1994/95.

Specific Agreement Between the Government of Sweden and the Government of Nicaragua on Support to Health Services 1 April 1996 – 31 December 1999.

Sweetman, Caroline, Oxfam Focus on Gender, "Men and Masculinity", Oxford, 1997.

Anexo 7

Indicadores Economicos de Salud

Indicador	1990	1993	1997
Gasto en salud como % del Producto Interno Bruto	4.97	3.96	3.2
Gasto en salud como % del total del gasto de gobierno	14.26	14.33	12.3
Gasto per capita en salud (USD)	20.9	16.51	14.0*
Gasto total del Gobierno en medicamentos (USD)	17,400,000	14,200,000	11,000,000*

Fuente: Informe del Ministerio de Salud 1993, MINSA 1994 (datos para 1990 y 1993)

Para 1997: World Bank

* Datos proporcionados al grupo evaluador en diversas entrevistas

Recent Sida Evaluations

- 98/37 Swedish NGO Foundation for Human Rights. Iain Cameron, Kristina Flodman, Anna-Karin Lindblom, Eva Åhlström
Department for Democracy and Social development
- 98/38 Swedish Support to University of Eduardo Mondlane in Mozambique. David Wield, Admir Bay, Silas Gustafsson, Penina Mlama
Department for Research Cooperation SAREC
- 99/1 Renewable Energy Technologies in Asia: A Regional Research and dissemination Programme. Smail Khennas and Teresa Andersson
Department for Research Cooperation, SAREC
- 99/2 Strengthening Publishing in Africa An evaluation of APNET. Lars P Christensen, Cecilia Magnusson Ljungman, John Robert Ikoja Odongo, Maira Sow, Bodil Folke Frederiksen.
Department for Democracy and Social Development
- 99/3 Paper, Prices and Politics. An evaluation of the Swedish support to the Bai Bang project in Vietnam. David Vincent, Nguyen Quoc, Ngo Minh Hang, Allan Jamieson, Nicholas Blower, Mandy Thomas, Pham Quang Hoan, Do Thi Binh, Adam McCarty, Hoang Van Hoa, David Pearce, Derek Quirke, Bob Warner.
Department for Evaluation and Internal Audit
- 99/4 A leap of Faith. A story of Swedish aid and paper production in Vietnam - the Bai Bang project, 1969-1996. Alf Morten Jerve, Irene Nörlund, Astri Suhrke, Nguyen Thanh Ha
Department for Evaluation and Internal Audit
- 99/5 Sida-Supported Programme within the African Energy Policy Research Network, AFREPREN. Frede Hvelplund, Ernst Worrell
Department for Research Cooperation, SAREC
- 99/6 Masters Programme in Land Management. Swedish support channelled through The Royal Institute of Technology (KTH) to participants in Central and Eastern Europe. Jim Widmark
Department for Central and Eastern Europe
- 99/7 Environmental Projects in Tunisia and Senegal. Ulf von Brömssen, Kajsa Sundberg
Department for Infrastructure and Economic Cooperation
- 99/8 The Collaboration between Sida and SAI, The Department of Social Anthropology (SAI), Development Studies Unit, Stockholm University. Ninna Nyberg Sörensen, Peter Gibbon
Department for Natural Resources and the Environment
- 99/9 Access to Justice in Rural Nicaragua. An independent evaluation of the impact of Local Court Houses. Elisabeth Lewin, Christian Åhlund, Regina Quintana
Department for Democracy and Social Development
- 99/10 Working with Nutrition. A comparative study of the Tanzania Food and Nutrition Centre and the National Nutrition Unit of Zimbabwe. Jerker Carlsson, Suraiya Ismail, Jessica Jitta, Estifanos Tekle
Department for Democracy and Social Development

Sida Evaluations may be ordered from:

Infocenter, Sida
S-105 25 Stockholm
Phone: (+46) 8 795 23 44
Fax: (+46) 8 760 58 95
info@sida.se

A complete backlist of earlier evaluation reports may be ordered from:

Sida, UTV, S-105 25 Stockholm
Phone: (+46) 8 698 5133
Fax: (+46) 8 698 5610
Homepage: <http://www.sida.se>



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
S-105 25 Stockholm, Sweden
Tel: +46 (0)8-698 50 00. Fax: +46 (0)8-20 88 64
Telegram: sida stockholm. Postgiro: 1 56 34-9
E-mail: info@sida.se. Homepage: <http://www.sida.se>