

# **Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en las Comunidades del Corredor Seco (NI-L1081 – 2986/BL–NI)**

## **Informe de Terminación de Proyecto (PCR)**

**Equipo de Proyecto Original:** Emmanuelle Monin (SPH/CNI), Jefa de Equipo; Brenda Álvarez, Santiago Castillo (FMP/CNI); María Cristina Landázuri (LEG/SGO); Juan Carlos Lazo (FMP/CNI); Claudia Pévere y Sheyla Silveira (SCL/SPH); Francys Reyes (CID/CNI); Sarita Vollnhofer (SPH/CNI); y Beatriz Zurita (SCL/SPH).

**Equipo PCR:** Leonardo Pinzon Enciso (SPH/CNI), Jefe de Equipo; Rita Sorio, Jefe de Equipo alterna (SPH/CPE); Emmanuelle Monín (SPH/CPN); Sebastian Martinez (SPD/SPD); Matilde Neret (SCL/SPH); María Cristina Landázuri (LEG/SGO); Santiago Castillo (FMP/CN); Osmín Mondragón (FMP/CNI); Reyna Pasos (CID/CNI); Sobeida Castillo (CID/CNI); Fabiola Prado (SPH/CPN); Martha Guerra (SCL/SPH); Mirna Carballo (consultor CID/CNI); y Francisco Mejía (consultor).

Julio, 2019

## Índice

Links Electrónicos .....	ii
<b>Enlaces electrónicos opcionales .....</b>	<b>ii</b>
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO .....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO .....	5
III. CRITERIOS NO CENTRALES.....	29
IV. Hallazgos y recomendaciones .....	30

### **Links Electrónicos**

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Informe de seguimiento de proyecto \(PMR\)](#)
3. [Lista de verificación PCR](#)

### **Enlaces electrónicos opcionales**

1. [Informe de análisis de costo beneficio](#)
2. [Informe de análisis contrafactual](#)
3. [Propuesta de Préstamo](#)

## Acrónimos y abreviaturas

AIEPI-C	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia Comunitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
INIDE	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
MR	Matriz de Resultados
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PGR	Presupuesto General de la República
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
VPCD	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo
SICO	Sistema de Información Comunitario
SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y de Auditoría
SIGFAPRO	Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y de Auditoría de Proyectos
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

<b>NÚMERO (S) DE PROYECTO:</b>	NI-L1081
<b>TÍTULO:</b>	FORTALECIMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA Y EXTENSIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL CORREDOR SECO
<b>INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO:</b>	PRÉSTAMO DE INVERSIÓN
<b>PAÍS:</b>	NICARAGUA
<b>PRESTATARIO:</b>	REPÚBLICA DE NICARAGUA
<b>PRÉSTAMO (S):</b>	2986/BL-NI
<b>SECTOR / SUBSECTOR:</b>	SERVICIOS DE SALUD

<b>FECHA DE APROBACIÓN DIRECTORIO:</b>	18 DE MAYO 2013
<b>FECHA DE EFECTIVIDAD CONTRATO DE PRÉSTAMO:</b>	13 DE FEBRERO 2014
<b>FECHA DE ELEGIBILIDAD PRIMER DESEMBOLSO:</b>	17 DE DICIEMBRE 2014

### MONTO (S) DEL PRÉSTAMO

<b>MONTO ORIGINAL:</b>	US\$35,000,000
<b>MONTO ACTUAL:</b>	US\$35,000,000
<b>PARI PASU:</b>	3,2%
<b>COSTO TOTAL DEL PROYECTO:</b>	US\$36,200,000

### MESES EN EJECUCIÓN

<b>DESE APROBACIÓN:</b>	59 MESES
<b>DESDE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO:</b>	54 MESES

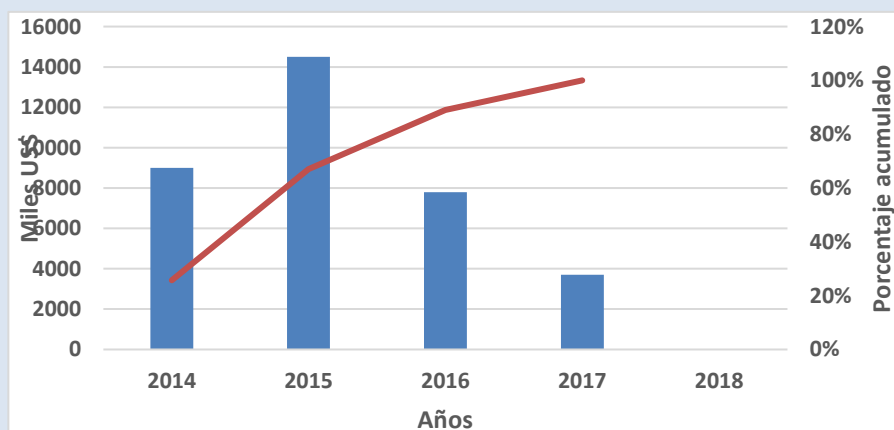
### PERIODOS DE DESEMBOLSOS

<b>FECHA ORIGINAL DE DESEMBOLSO FINAL:</b>	13 DE AGOSTO DE 2018
<b>FECHA ACTUAL DE DESEMBOLSO FINAL:</b>	13 DE AGOSTO DE 2018
<b>EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES):</b>	0
<b>EXTENSIÓN ESPECIAL (MESES):</b>	0

### DESEMBOLSOS

**CANTIDAD TOTAL DE DESEMBOLSOS HASTA LA FECHA: 6**

**GRÁFICO DE DESEMBOLSOS:**



**REDIRECCIONAMIENTO. ¿TIENE ESTE PROYECTO?**

FONDOS RECIBIDOS DE OTRO PROYECTO: NO

FONDOS ENVIADOS A OTRO PROYECTO: NO

Calificaciones del desempeño del proyecto en los PMR:

<b>No.</b>	<b>PMR Fecha</b>	<b>Etapas de PMR</b>	<b>Calificación</b>	<b>Desembolsos reales (millones de USD)</b>
2	Enero - Diciembre 2015	2do periodo 2014	Satisfactorio	9.0
4	Enero - Diciembre 2016	2do periodo 2015	Satisfactorio	7.5
6	Enero - Diciembre 2017	2do periodo 2016	Satisfactorio	2.89
8	Enero - Diciembre 2018	2do periodo 2017	Satisfactorio	3.71

**METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: CEA**

**METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: EFECTOS FIJOS**

**CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE DESARROLLO: PARCIALMENTE EXITOSO**

<b>Informe de Terminación de Proyecto Efectividad en el Desarrollo Resumen</b>		
<b>I. Efectividad en el Desarrollo - Criterios Centrales</b>		
<b>Calificación general recomendada:</b>		<b>Parcialmente Exitoso</b>
		<b>Peso</b>
<b>1. Relevancia</b>	<b>4.00</b>	<b>20%</b>
<b>2. Efectividad</b>	<b>2.00</b>	<b>40%</b>
<b>% de resultados alcanzados</b>	<b>87,5%</b>	
<b>3. Eficiencia</b>	<b>4.00</b>	<b>20%</b>
<b>4. Sostenibilidad</b>	<b>4.00</b>	<b>20%</b>
<b>II. Efectividad en el Desarrollo - Criterios No Centrales</b>		
<b>Desempeño Del Banco</b>	<b>Satisfactorio</b>	
<b>Desempeño Del Prestatario</b>	<b>Satisfactorio</b>	

#### PERSONAL DEL BANCO

<b>POSICIONES</b>	<b>EN PCR</b>	<b>EN LA APROBACIÓN</b>
VICEPRESIDENTE VPS	ANA MARÍA RODRÍGUEZ ORTIZ	SANTIAGO LEVY ALGAZI
VICEPRESIDENTE VPC	ALEJANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	VERÓNICA ZAVALA	GINA MONTIEL
GERENTE SECTORIAL	MARCELO CABROL	HECTOR SALAZAR (a.i)
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALÍA	FERDINANDO REGALÍA
REPRESENTANTE DE PAÍS	BAUDOUIN DUQUESNE	CARLOS MELO
JEFE DE EQUIPO DEL PROYECTO	LEONARDO PINZON ENCISO	EMMANUELLE SANCHEZ-MONIN
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	LEONARDO PINZON ENCISO	LEONARDO PINZON ENCISO

#### Tiempo y costo (directo) del personal

<b>Ciclo de proyecto</b>	<b># de semanas de personal</b>	<b>USD (incluidos los gastos de viaje y asesoría)</b>
<b>Preparación</b>	18.86	121,763.91
<b>Supervisión</b>	72.14	173,084.32
<b>Total</b>	91.00	294,848.23

#### DECLARACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO / PROGRAMA:

Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MINSA) de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable, con énfasis en aportar a la mejora nutricional de la niñez, disminuir la tasa de morbilidad severa de la niñez y ampliar los servicios primarios de acceso a la salud sexual y reproductiva.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente documento, contiene el Informe de Terminación de Proyecto, o PCR, por su sigla en inglés, de la operación NI-L1081 “Programa de Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en la Comunidades del Corredor Seco de Nicaragua”, el que ha sido elaborado con base a la metodología establecida por el Banco.

Durante la formulación del Programa se identificaron los esfuerzos que el Gobierno de Nicaragua había venido realizando en materia de salud, siendo que entre los años 2005-2012 el presupuesto ejecutado por MINSA aumentó en 167%, así como en 2008 se promulgó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF) bajo el concepto de responsabilidad compartida, con la red de brigadistas y parteras como protagonistas de las acciones de la promoción y/o de prevención, a fin de lograr cambios de conducta de la población. El MOSAF tiene dos estrategias comunitarias centrales: (i) El Programa Comunitario de Salud y nutrición (PROCOSAN) que aborda la vigilancia de la nutrición de embarazadas y menores de dos años y el manejo comunitario de enfermedades prevalentes de la infancia; y (ii) Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMA) que incluye consejería, captación y atención en planificación familiar en la comunidad. Estas dos estrategias comunitarias se complementan con la captación de embarazadas y el plan de parto.

Sin embargo, a pesar de los avances alcanzados se identificó la necesidad de profundizar las acciones de ampliación de la cobertura dirigida a los territorios priorizados. Considerando como SILAIS representativo el departamento de Madriz indican que el promedio de consultas por niño menor de un año de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) registradas en 2012<sup>1</sup> no permitió cumplir con la frecuencia que establece la norma para ese rango de edad que es cuatro visitas antes de cumplir un año de edad; sumado a la alta frecuencia de consultas por diarrea e infección respiratoria, ambas consistentes con la desnutrición.

Igualmente, se evidenció avances incipientes en el Sistema de Información Comunitario (SICO) el cual estaba únicamente registrando la de captación de embarazadas y no brindaba información sobre las atenciones que se realizaban en los sectores, lo cual limitaba la obtención de datos fiables, para la planificación del trabajo sectorizado de las atenciones y definición de población meta. El MINSA estaba en la etapa de diseño para incorporar al SICO los módulos relativos al PROCOSAN y ECMA, así como la incorporación de tecnología móvil para mantener actualizado los registros desde la red comunitaria.

En tema de recursos humanos, el modelo comunitario de atención se organiza basado en sectores, como unidad territorial, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención de la salud con el protagonismo de la red comunitaria, encabezados por una unidad primaria de salud y constituido, cada sector, por 5.000 personas en el área urbana y mil personas en el área rural; cada sector es atendido por el equipo de Salud Familiar y Comunitaria (ESAF), que está integrado por un médico, un enfermero y un auxiliar; lo que genera una demanda de mayor personal asistencial; que si bien MINSA entre el año 2005 y 2007 había logrado reclutar a 7.700 personas, de los cuales el 64% son cargos asistenciales. Lo anterior es aún insuficiente en relación a la densidad poblacional el que presentaba una relación de por cada mil habitantes es de 1.3, siendo que el estándar establecido por la OMS es

---

<sup>1</sup> Las estadísticas de SILAIS Madriz para el año 2012, reportan 3,051 consultas de VPCD a menores de un año, para una población de 3.540 menores de un año.

de 2.5 y en cuanto perfil, siendo que enfermería es el más afín al modelo comunitario, muestra un déficit más agudo (0.5 por mil habitantes). A lo anterior se le suma que entre los años 1990 y 2005 la planilla fue reducida y congelada, lo que conllevó a que la distribución etaria actual del personal sea desbalanceada<sup>2</sup>, limitando aún más la disposición de personal asistencial, pero a su vez presentando una oportunidad para realizar un relevo generacional, enfocado en perfiles acordes al modelo comunitario, con mayor productividad al poder hacer turnos nocturnos y redistribuidos a zonas geográficas con menor cobertura. Para responder a estas brechas se estableció el Plan de Optimización del Recurso Humano; el cual forma parte del Convenio Colectivo y Salarial 2012-2014 y permitió que los trabajadores que hayan cumplido 50 años de edad y tengan a lo menos 30 años de antigüedad en el sector, puedan acceder voluntariamente a una “Bonificación Especial” siempre que se retire de la labor en la institución. El retiro no es vinculante con pensión por vejez, ya que para la jubilación existen los requisitos legales de edad distintos. De esta forma, en la primera fase (2013-2015) se habían acogido 2064 personas y el número de personal prestador de servicios se aumentó de 31.124 en 2013 a 32.122 en 2016, a pesar del retiro de las 2064 personas que se acogieron al Plan; así mismo, se evidenció que los perfiles que mayormente aumentaron, a nivel nacional, fueron los de enfermería y técnicos de salud en un 12% y 6%, respectivamente. Al cierre del PCR se contabilizaron que 2475 personas se acogieron al plan, pero no se logró obtener información sobre el avance en la incorporación de personal prestador de servicios al 2018.

El Programa NI-L1081 con un monto de inversión de US\$36,2 millones, de los cuales US\$35 millones corresponden al financiamiento del Banco y US\$1,2 millones de aporte de contrapartida; se concentró en treinta y tres municipios del Corredor Seco de Nicaragua, ubicados en los SILAIS de Managua, Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Chinandega, León y Matagalpa; los municipios fueron seleccionados en base a cuatro criterios: (i) porcentaje de pobreza extrema, conforme ENDESA 2005; (ii) hectáreas secas por cada 1000 habitantes conforme registros de INETER y datos poblacionales de MINSA del año 2012; (iii) tasa de atenciones por enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años; y (iv) tasa de atenciones por neumonía en menores de cinco años; los dos últimos en base a información de vigilancia epidemiológica y de población de MINSA. Los 33 municipios seleccionados representan cerca de 700 comunidades con una población estimada de 681.000 personas, de los cuales 184.000 son MEF y 28.000 son menores de seis años. La ubicación de los 33 municipios se señala en el siguiente cuadro y mapa:

---

<sup>2</sup> 25% del personal es mayor de 50 años, y como tal está exento de turno nocturno; de estos el 7% tienen más de 30 años de servicios, lo que los hace elegible para acogerse a la ley de retiro voluntario, si deciden retirarse del sector.



Gráfico 1.1. Mapa 33 Municipios



Depto.	#	Municipio	Depto.	#	Municipio
Nueva Segovia (7 de 12 Mcpios)	1	Ciudad Antigua	Estelí (6 de 6 Mcpios)	17	Condega
	2	Dipilto		18	Estelí
	3	Macuelizo		19	La Trinidad
	4	Mozonte		20	Pueblo Nuevo
	5	Ocotál		21	San Juan de Limay
	6	San Fernando		22	San Nicolás
	7	Santa María	Chinandega (2 de 13 Mcpios)	23	San Francisco del Norte
Madriz (8 de 8 Mcpios)	8	Las Sabanas	León (5 de 10 Mcpios)	24	San Pedro del Norte
	9	Palacagüina		25	El Jicaral
	10	San José de Cusmapa		26	La Paz Centro
	11	San Juan del Río Coco		27	Larreinaga
	12	San Lucas		28	Santa Rosa del Peñón
	13	Somoto	Matagalpa (2 de 13 Mcpios)	29	Telica
	14	Telpaneca		30	Ciudad Darío
	15	Totogalpa	Managua (2 de 9 Mcpios)	31	Terrabona
	16	Yalagüina		32	El Crucero
				33	San Francisco Libre

Las intervenciones del Programa se estructuraron en dos intervenciones sustantivas (Componentes); y acciones operativas y de gestión complementarias:

- i. La primera intervención sustantiva, estuvo orientada a la optimización de los RRHH para la extensión de los servicios comunitarios en áreas rurales dispersas; con un monto original de US\$ 25.6 millones y una ejecución final de US\$30,4 millones, que representan el 84% del Programa, evidenciando que los esfuerzos del Programa se focalizaron, mediante éste componente, en la reducción de la brecha de personal asistencial requerido en las comunidades para la implementación del MOSAFC; la optimización de los recursos humanos para la extensión de los servicios consistió en: (i) apoyo al plan de

retiro de personal; y (ii), capacitación y formación del personal de atención primaria y de vigilancia de la salud y nutrición comunitaria (enfermeras, educadores de salud, auxiliares de salud, entre otros) a efecto de disminuir los niveles de empirismo<sup>3</sup> del personal ; así como capacitación a los agentes de la red comunitaria (brigadistas<sup>4</sup>) conforme el modelo MOSAFC, a efecto de incrementar el número de personal disponible y su nivel de calificación para brindar una mejor atención a la población.

- ii. La segunda intervención, complementando la disposición de equipos de salud (ESAFC) en las comunidades provista por el componente 1, estuvo dirigida a la ampliación de la cobertura de servicios comunitarios en municipios priorizados del Corredor Seco, mediante la dotación de equipamiento y mejora de las capacidades instaladas de los equipos de salud y red comunitaria (agentes comunitarios/brigadistas), así como transferencias a los municipios por atenciones brindadas, utilizando cuatro prestaciones como indicadores trazadores del conjunto: (a) Mujeres y Hombres en Edad Fértil (MEF) atendidas y/o captadas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención; (b) embarazadas y puérperas atendidas con vigilancia y consejería nutricional comunitaria; (c) niñas y niños menores de dos (2) años atendidos con vigilancia y consejería nutricional comunitaria mensual; y (d) niñas y niños menores de seis (6) años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad. Transversalmente, se establecieron acciones para mejorar y ampliar el uso del SICO, como herramienta de gestión de las atenciones comunitarias, mediante la dotación de equipos tecnológicos a los ESAFC y asistencia técnica y equipamiento para el desarrollo de nuevos módulos del SICO; contó con un presupuesto original de US\$8 millones y una ejecución final de US\$4,2 millones que representan el 12% del presupuesto del Programa. Esta disminución en la ejecución se debió a que los primeros dos años del programa se realizaron acciones previas para la extensión de cobertura, tales como: organización comunitaria, definición de sectores, censos poblacionales, identificación de metas, definición de herramientas para el registro de las atenciones previstas, entre otros; lo cual incidió en las metas previstas originalmente.

Finalmente se implementaron acciones establecidas en el plan de salvaguardas de la gestión e informes de auditoría técnica y de evaluación externa, con un presupuesto inicial de US\$1.06 millones y una ejecución final de US\$0,6 millones que representa el 2% del presupuesto total del Programa. El presupuesto inicial fue sobredimensionado dado que muchas de las acciones del plan de salvaguardas de la gestión no requerían recursos, sino que correspondían a la creación de reglamentos y normativas, así mismo al ser un plan para todas las operaciones del Banco, las acciones que demandaron recursos fueron distribuidas entre todas las operaciones, de esta forma de un presupuesto inicial de US\$0.86 millones para las acciones del plan de salvaguardas, se ejecutó US\$ 0.41 millones.

Al haber concluido el programa se evidencia los avances y cumplimiento satisfactorio de sus indicadores, los cuales se encuentran condensados en este informe, así como sus retos, hallazgos y lecciones aprendidas.

---

<sup>3</sup> Se considera empírico aquel personal que desempeña una labor en base a la práctica realizada, no posee estudios específicos y acordes a la función que desempeña; el personal capacitado cuenta con estudios y certificado que acredita conocimientos en la actividad que desempeña.

<sup>4</sup> El brigadista es personal comunitario, voluntario, que lidera la red comunitaria de su sector, es el enlace con el personal de salud (ESAFC).

## **II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO**

### **2.1 Relevancia**

En 2007, el Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua como respuesta institucional a los problemas de salud del país implementó el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), el cual está dirigido a la promoción de la salud y prevención de enfermedades desde las comunidades, la dispensarización de las familias y la extensión de cobertura de servicios de salud gratuitos dirigidos principalmente a los grupos vulnerables en zonas de difícil acceso y pobreza, con el objetivo de reducir brechas en salud. En el marco de esta iniciativa se inició la implementación de una serie de operaciones con el objetivo general de mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables mediante mejoras en la calidad y capacidad resolutive de los servicios de atención de salud.

El Programa NI-L1081, hace parte de una cartera de operaciones formulados bajo las políticas que el Ministerio de Salud articuló a partir del 2008, esencialmente en los tres documentos del MOSAFC: (i) Marco Conceptual del Modelo; (ii) Manual de Organización y Funcionamiento del Sector; y (iii) Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios. Los tres documentos fueron publicados en su versión vigente durante la formulación de este programa. El anexo detalla como las intervenciones del programa complementaron las intervenciones de fomento directo de la demanda y la mejora en la oferta de servicios en las operaciones iniciadas con anterioridad:

- La primera operación fue el “Programa de Mejoramiento de la Salud Familiar y Comunitario en municipios de alta vulnerabilidad social (NI-L1054)”, aprobada en 2011 y que alcanzó elegibilidad en 2012, y cuyos objetivos específicos fueron: (i) incrementar el uso de un conjunto de atenciones en salud materno infantiles de buena calidad bajo el MOSAFC; y (ii) mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.
- En 2012 se aprobó el “Programa Redes Integradas de Salud (NI-L1068)” que tuvo como objetivo específico mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud, así como la calidad de la atención, así como la Iniciativa Salud Mesoamérica (operación I, formulada en 2012, y II, formulada en 2014). A través del programa RIS, además, se impulsaba el fortalecimiento del MOSAFC en cuanto a gestión en red integrada y al incremento de la capacidad resolutive de redes, mediante la ampliación o rehabilitación de dicha red en las mismas áreas priorizadas por el Programa de Mejoramiento (NI-L1054), con énfasis en establecimientos que garanticen el acceso a la atención primaria y servicios esenciales, en especial, los cuidados obstétricos y neonatales.
- En 2013 se aprobó e implementó el “Programa de Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en la Comunidades del Corredor Seco de Nicaragua (NI-L1081)” que estableció como objetivos específicos: (i) aumentar la asignación del personal asistencia del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como a la ampliación de la red comunitaria activa; y (ii) mejorar del acceso a servicios comunitarios de salud y nutrición en niños menores de dos años y mujeres en edad fértil en los municipios priorizados.

En el anexo 1, se ilustra la complementariedad de los programas bajo el MOSAFC mediante un gráfico y descripción del mismo.

### **a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país**

El objetivo general de mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables ha estado alineado con las prioridades y estrategias del País –desde su formulación y ejecución, hasta su finalización. En particular, el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2009-2016 incluyó la Política Nacional de Salud, que priorizó la atención a grupos vulnerables: menores de cinco años, adolescentes y mujeres; población que vive en zonas secas, en municipios que concentran población en extrema pobreza y en la Costa Caribe.

Asimismo, la operación mantuvo relevancia a lo largo de la vida de los proyectos, ya que los Ejes del Programa Nacional de Desarrollo Humano 2018-2021 del Gobierno establecen como prioridad la continuación del MOSAFC, las estrategias de fortalecimiento para mejorar la calidad de la atención en salud en los municipios; y seguir reduciendo la mortalidad infantil y materna, desarrollando las estrategias comunitarias, fortaleciendo las casas maternas y mejorando la calidad de los servicios.

En resumen, y de acuerdo a lo señalado arriba, los objetivos del Programa fueron altamente relevantes para atender a las necesidades de desarrollo sostenible del país al momento de su formulación y se mantienen a su conclusión, debido a que el Gobierno de Nicaragua ha priorizado política de salud en el PNDH la atención a la niñez y las embarazadas, fortaleciendo el MOSAFC- Además, el Programa al haber atendido temas de desnutrición crónica infantil en menores de tres años y la reducción de la mortalidad neonatal, en especial en el área rural pobre, siendo coherente con los puntos de diálogo de la estrategia de asistencia del BID y sus objetivos institucionales.

### **b. Alineación estratégica**

El objetivo de desarrollo del Programa y sus dos antecesores; se alineó con la Estrategia de País con Nicaragua 2008-2012 (GN-2499). En particular, los programas NI-L1054 y NI-1068 al momento de su aprobación y elegibilidad se alinearon con el lineamiento estratégico de “desarrollo de un sistema para el bienestar social y mejora, gestión y cobertura de los servicios sociales básicos”. Asimismo, los programas contribuyeron al lineamiento de “mejora de la calidad de los servicios de salud y cobertura en forma sostenible a la población más vulnerable”.

De igual manera, la operación mantuvo consistencia con la Estrategia de País del Banco con Nicaragua 2012-2017 (GN-2683), destacando la reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de tres años y la reducción de la mortalidad neonatal, en especial en el área rural pobre, como metas prioritarias. Las operaciones apoyaron la extensión de los servicios comunitarios integrales de salud y nutrición, con énfasis en los primeros mil días, contribuyendo a disminuir la desnutrición crónica, morbilidad y mortalidad materna e infantil.

El Programa se alineó con la actualización de la Estrategia Institucional del BID para 2016-2019 (UIS por sus siglas en inglés), ya que los dos objetivos generales del GCI-9 –específicamente crecimiento sostenible y reducción de la pobreza y la desigualdad- continúan vigentes. En ella, se establecen tres grandes retos del desarrollo: a) exclusión social y desigualdad; b) bajos niveles de productividad e innovación; c) integración económica regional rezagada. En este sentido, el diseño de las operaciones contempló mejorar el acceso y la calidad de la atención de salud de los grupos vulnerables, lo que contribuye con la reducción de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud al estar focalizado en poblaciones en condición de pobreza y exclusión social. Además, las inversiones en mejoras de calidad y cobertura de salud en las comunidades

priorizadas contribuyen a cerrar brechas en el acceso a la salud, lo que está asociado con incrementos en la productividad de la fuerza laboral.

### **c. Relevancia del diseño**

La lógica vertical de las operaciones estuvo sustentada en el diagnóstico de tres problemáticas que afectan cobertura y calidad de la atención de salud –principalmente en comunidades vulnerables que registraban niveles elevados de pobreza y exclusión social. En primer lugar, la situación de los indicadores de salud como la mortalidad materna y neonatal -que a pesar de mostrar reducciones importantes- se encontraban por encima de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En segundo lugar, las brechas de acceso a los servicios de salud, ya que datos de la cobertura mostraban que las zonas rurales no solo tenían un acceso considerablemente menor, sino que también tenían una mayor incidencia de la pobreza. En tercer lugar, la deficiente calidad en la atención y de los servicios de salud.

Para responder a esta problemática y mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables, los Programas implementados buscaron contribuir al esfuerzo que realizaba el gobierno para fortalecer un conjunto de atenciones de salud de buena calidad en territorios priorizados por su alta vulnerabilidad a través de: (i) mejoras en la capacidad de los establecimientos de salud y del personal, en especial en perfiles técnicos y de enfermería; (ii) apoyo a los equipos municipales para implementar las estrategias comunitarias; (iii) fortalecimiento de la gestión institucional; y (iv) fortalecimiento del sistema de registros y del uso de la información epidemiológica para mejorar la atención comunitaria.

La cadena causal definida al momento del diseño de las operaciones mantuvo relevancia a lo largo de toda la fase de ejecución. Al momento del diseño se planteó que para mejorar la cobertura y calidad de las atenciones en los servicios de salud, era necesario formular acciones simultáneas para abordar las mejoras de la calidad de la atención y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en las zonas priorizadas, con lo cual las operaciones generarían resultados positivos en el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables.

En función a lo descrito con anterioridad, el Programa NI-L1081, durante la etapa de formulación, se estableció la lógica vertical (Ver ilustración No. 1.), la cual partió con el objetivo general de fortalecer la capacidad del MINSA de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas con énfasis en la región del Corredor Seco, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable y dos objetivos específicos:

**Objetivo específico 1. Aumentar la asignación de personal asistencial del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como a la ampliación de la red comunitaria activa.**

Los resultados esperados bajo este objetivo específico giraban en torno a aumentar la asignación de personal asistencial del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como a la ampliación de la red comunitaria activa, y la mejoría de las capacidades. También se esperaba mejorar el registro y uso de la información epidemiológica y de servicios a nivel comunitario. En este sentido, bajo este objetivo se ejecutaron acciones de relacionadas a: (i) implementación del plan de optimización del talento humano; (ii) la formación inicial y capacitación en servicio del personal en los perfiles prioritarios; y (iii) apoyo a los equipos municipales para implementar las estrategias comunitarias.

Los indicadores de resultados que responden a éste primer objetivo específico corresponden a: R1 “Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliadas”, que se encuentra soportado por las actividades realizadas bajo los productos P1- P3 de la lógica vertical del Programa, que se concentró en el financiamiento del plan de retiro voluntario del personal y creación de capacidades (formativas) al personal municipal. Igualmente, el resultado R2 “Capacidades del personal de atención primaria y de la red comunitaria mejoradas” responde a éste primer objetivo específico al proveer mediante el producto P4 acciones de fortalecimiento de la red comunitaria de salud (equipamiento y capacitación) y mejoras a las condiciones de trabajo de los ESAFC para brindar atención a las comunidades.

Finalmente, bajo este objetivo específico el resultado R3 “Registro y uso de información epidemiológicas y de atención comunitarias mejorada”, aporta la logística y mejora la eficiencia en el manejo de datos y estadísticas del Ministerio con lo cual se consolida el modelo de atención a comunidades rurales a través del Sistema de Información SICO, el cual es transversal a los dos objetivos específicos del programa.

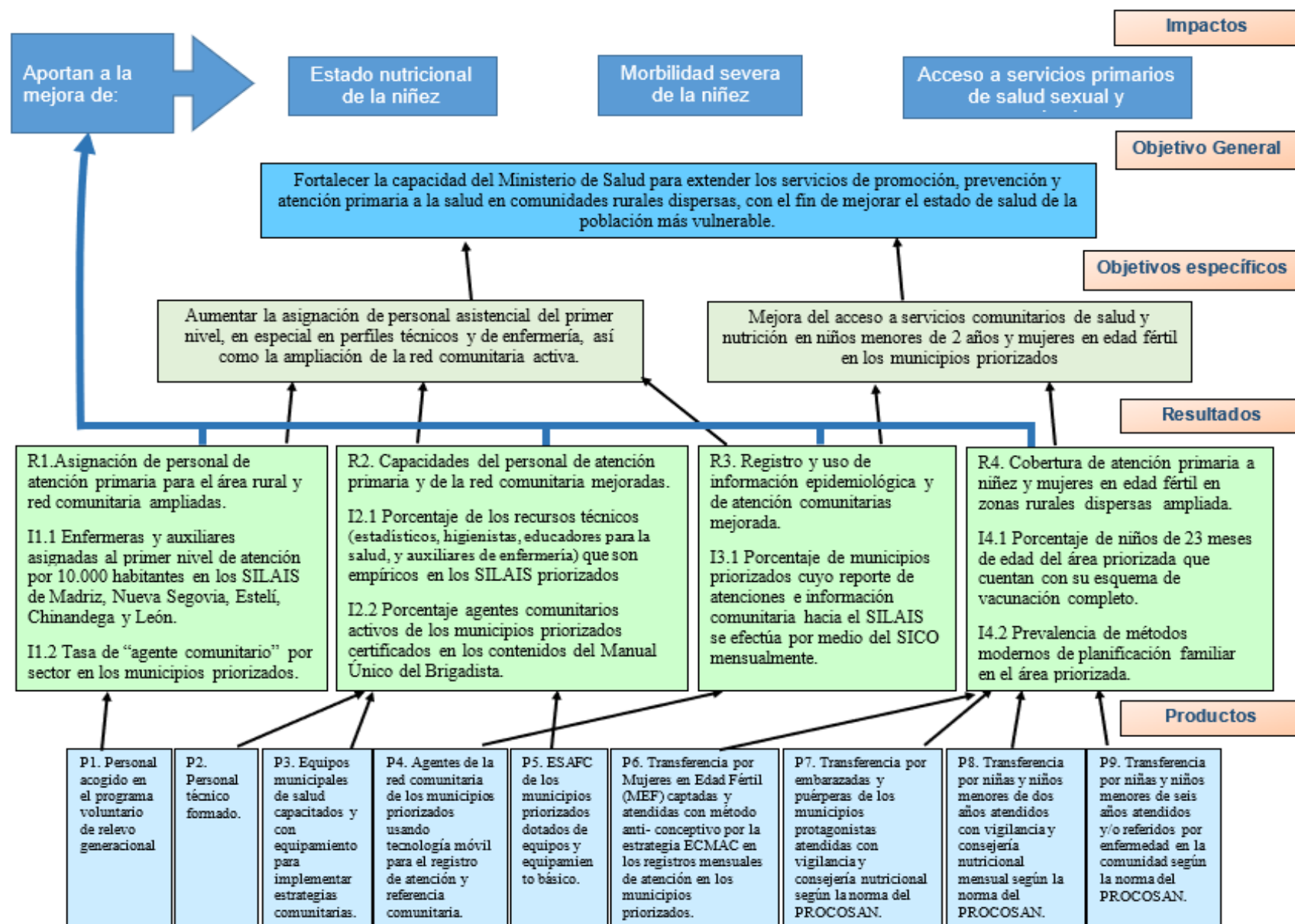
### **Objetivo específico 2. Mejora del acceso a servicios comunitarios de salud y nutrición en niños menores de dos años y mujeres en edad fértil en los municipios priorizados.**

Se apoyó la ampliación de cobertura de cuatro indicadores trazadores que apoyan las estrategias de ECMAC y PROCOSAN en los 33 municipios priorizados, provista en los productos P6-P9, mediante la asignación de un monto por persona atendida que se reporten, estos cuatro productos están alineados al resultado R4 “Cobertura de atención primaria a la niñez y mujeres en edad fértil en zonas rurales dispersas ampliada”.

Bajo este objetivo los indicadores se orientaban a la atención del estado nutricional de la niñez, a la reducción de la morbilidad severa en la niñez y ampliación del acceso a servicios primarios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales dispersas; así mismo aporta las acciones realizadas en el marco del resultado 3 “Registro y uso de la información epidemiológica y de atención comunitaria mejorada” como un elemento transversal en la gestión de los servicios salud comunitaria y rural.

Estos dos objetivos específicos y los cuatro resultados mencionados se vinculan claramente a la generación de cambios para mejorar el estado nutricional de la niñez; disminuir la morbilidad severa de la niñez y ampliar el acceso a los servicios primarios de salud sexual y reproductiva, establecidos como indicadores de impacto del programa.

Gráfico 2.1. Lógica vertical simplificada del programa



**Tabla 2.1. Matriz de Resultados**

Indicadores	En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea Base	(A)	
<b>Objetivo de Desarrollo: Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MINSA) de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable.</b>										
<b>Impacto 1: Estado nutricional en la niñez</b>										
1.1 Desnutrición crónica en menores de dos años en los SILAIS de Madriz y Nueva Segovia	%	19.6	14	%	19.6	14	%	19.6	12.6	Sin cambios
<b>Impacto 2: Morbilidad severa en la niñez</b>										
2.1 Tasa de hospitalización por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años en el SILAIS de Madriz		8,8	6	egresos por 1.000 niños < 5a	19.2	16	egresos por 1.000 niños < 5a	19.2	12.4	Cambios de LB y Meta por delimitación geográfica. Se eliminó Nueva Segovia.
2.2 Tasa de hospitalización por neumonía en menores de cinco años en SILAIS de Madriz.	egresos por 1.000 niños < 5a	28.6	20	egresos por 1.000 niños < 5a	14.6	13	egresos por 1.000 niños < 5a	14.6	36.3	Cambios de LB y Meta por delimitación geográfica. Se eliminó Nueva Segovia.
<b>Impacto 3: Acceso a servicios primarios de salud sexual y reproductiva</b>										
3.1 Demanda insatisfecha de planificación familiar en el SILAIS de Madriz.	%	14	12.5	%	14	12.5	%	14	0	Sin cambios.
<b>Resultado 1: Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliadas</b>										
1.1 Enfermeras y auxiliares asignadas al primer nivel de atención por 10.000 habitantes en los SILAIS de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Chinandega y León.	Asignación al primer nivel por cada 10.000 hab	60.42	64.88	Asignación al primer nivel por cada 10.000 hab	60.42	9.12	Asignación al primer nivel por cada 10.000 hab	8.57	9.95	Ajuste de LB de 60.42 a 8.57 y P de 64.88 a 9.12 en PCR final por error en la determinación de datos de LB.
1.2 Tasa de “agente comunitario” por sector en los municipios priorizados.	Agente	15 por sector rural y 25 en sector urbano.	20 por sector rural y 25 en sector urbano.	Agente	15	20	Agente	15	21.2	Sin cambios. Solamente se restringió a sector rural por ser el área priorizada
<b>Resultado 2: Capacidades del personal de atención primaria y de la red comunitaria mejoradas.</b>										
2.1 Porcentaje de los recursos técnicos (estadísticos, higienistas, educadores para la salud, y auxiliares de enfermería) que son empíricos en los SILAIS priorizados	%	75	25	%	75	25	%	75	7	Sin cambios



Indicadores	En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al terminar el proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea Base	Meta (P)	Unidad de Medida	Línea Base	(A)	
2.2 Porcentaje agentes comunitarios activos de los municipios priorizados certificados en los contenidos del Manual Único del Brigadista	%	0	20	%	0	20	%	0	100	Sin cambios
<b>Resultado 3: Registro y uso de información epidemiológica y de atención comunitarias mejorada.</b>										
3.1 Porcentaje de municipios priorizados cuyo reporte de atenciones e información comunitaria hacia el SILAIS se efectúa por medio del SICO mensualmente.	%	50	90	%	50	90	%	50	97	Sin cambios
<b>Resultado 4: Cobertura de atención primaria a niñez y mujeres en edad fértil en zonas rurales dispersas mejorada</b>										
4.1 Porcentaje de niños de 23 meses de edad del área priorizada que cuentan con su esquema de vacunación completo.	%	67.5	80	%	67.5	80	%	67.5	95	Sin cambios
4.2 Prevalencia de métodos modernos de planificación familiar en el área priorizada.	%	75.8	80	%	78.8	80	%	76.7	0	Error de digitación de LB entre aprobación y elegibilidad +60 días. Cambios en 2016 en LB para coincidir con fuente de datos (ENDESA).

En relación a matriz de resultados que se muestra en tabla 2.2, se identifican, únicamente cambios a nivel de valores de línea base de indicadores y que, como consecuencia, en algunos casos, modificó la meta, estos corresponden a:

- Impacto # 2 “Morbilidad severa en la niñez”: Se modificaron los datos de línea base y meta de los indicadores 2.1 y 2.2, referidos a la tasa de hospitalización por EDA y por neumonía de menores de cinco años. El cambio corresponde a que durante la etapa de formulación se pretendió tener como parámetro de monitoreo los SILAS de Madriz y Nueva Segovia; no obstante al definir la Matriz de Resultados 60 días posteriores se determinó que los datos disponibles para ésta acción se encontraban únicamente para el SILAIS de Madriz, siendo que Madriz representa el 22% de las comunidades atendidas y el 27% de los municipios priorizados<sup>5</sup>, por lo que la Línea Base y Meta se ajustaron para monitorear el indicador únicamente en Madriz considerando su representatividad geográfica en el programa.
- Resultado # 1 “Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliadas”: Los datos mostrados en el PMR del indicador 1.1 “Enfermeras y auxiliares asignadas al primer nivel de atención por 10.000 habitantes en los SILAIS de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Chinandega y León”, no muestran los valores conforme el nombre del indicador; debido a que los datos de la línea base, sobre la cual se proyectó la meta; incluían a la totalidad del personal asignado a los SILAIS (además de primer nivel incluyó personal administrativo y de segundo nivel de atención<sup>6</sup>), situación que fue identificada como parte de la evaluación final del programa y no se logró ajustar el dato en el PMR. La línea base conforme lo describe el indicador (personal de primer nivel) corresponde a 8,57 en lugar de 60,42; y la meta, manteniendo el mismo valor relativo de crecimiento (7,38%), corresponde a 9,12 en sustitución de 64,88. Para efecto del PCR, se toman los valores correctos y ajustados conforme lo establece el nombre del indicador, por tanto, se tiene:

**Tabla 2.2. Cambios del resultado No.1 de la matriz de resultados**

Concepto	PMR	PCR
Línea base	60.42	8.57
Meta	64.88	9.12
Actual	9.95	9.95

- Resultado # 1 “Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliadas”: Se modificó el indicador 1.2 “Tasa de agente comunitario por sector en los municipios priorizados” en la MR anexa al Propuesta de Préstamo indicaba datos de línea base y meta para el sector urbano y rural; no obstante, en la MR en elegibilidad +60 días se restringió los datos a monitorear al sector rural, por ser ésta el área priorizada del programa.
- Resultado # 4 “Cobertura de atención primaria a niñez y MEF en zonas rurales dispersas mejorada”: El indicador 4.2 “Prevalencia de métodos modernos de planificación familiar en el área priorizada” presenta dos momentos de cambios en su Línea Base, la primera corresponde a un error de digitación entre la MR en la Propuesta de Préstamo y la de

<sup>5</sup> De los 33 municipios priorizados, nueve corresponden a Madriz, que equivalen al 100% del del departamento. El siguiente en la lista es Nueva Segovia con siete municipios priorizados de 12 que lo integran y 55 comunidades atendidas.

<sup>6</sup> La LB de 64.20 corresponde al total de personal por 10.000 habitantes del SILAIS de Estelí. Ver cuadro No. 8 del enlace opcional 3, del Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales. Con lo cual se denota que el valor de LB no es consistente con la descripción del indicador. El informe oficial de datos históricos proveídos por DGRH de MINSA muestra para 2013 una LB de 8.57, conforme descripción del indicador.

elegibilidad +60días (75,8 vs. 78,8); luego en 2016 es nuevamente modificada para que sea consistente con la fuente de datos<sup>7</sup>.

Para el resto de los indicadores, no mencionados, no hubo cambios. Así mismo, los cambios acontecidos no afectaron la lógica vertical con la cual fue aprobada la operación, así como tampoco afectó la medición de los resultados, dado que la meta fue ajustada en la misma proporción acordada en la MR original del programa.

## **2.2 Efectividad**

### **a. Declaración de objetivos de desarrollo del proyecto**

El objetivo del programa fue fortalecer la capacidad del MINSA de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas con énfasis en la región del Corredor Seco, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable. Ese objetivo se planteó lograrse mediante la optimización de la composición del personal asistencial, en especial en perfiles técnicos y de enfermería; la extensión priorizada de servicios comunitarios de salud y nutrición; la ampliación de la red comunitaria activa, y la mejoría de las capacidades y finalmente mejorar el registro y uso de la información epidemiológica y de servicios a nivel comunitario. Los resultados logrados por el programa en cada uno de los objetivos específicos planteados corresponden a los siguientes:

### **b. Resultados logrados**

**Objetivo específico 1: Aumentar la asignación de personal asistencial del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como a la ampliación de la red comunitaria activa:**

El logro de éste primer objetivo se demuestra con los niveles de cumplimiento de los indicadores de sus dos resultados asociados, y que son complementarios entre sí: (i) Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliada; y (ii) Capacidades del personal de atención primaria y de la red comunitaria mejoradas. Los indicadores muestran que se logró implementar el Plan de Optimización del Talento Humano, evidenciado en informe realizado en 2016<sup>8</sup>, en el que MINSA mostró avances significativos en la reorganización del personal. En la primera fase (2013-2015) se habían acogido 2064 personas y el número de personal prestador de servicios se aumentó de 31.124 en 2013 a 32.122 en 2016, a pesar del retiro de las 2064 personas que se acogieron al Plan; así mismo, se evidenció que los perfiles que mayormente aumentaron, a nivel nacional, fueron los de enfermería y técnicos de salud en un 12% y 6%, respectivamente. La implementación del Plan de Optimización del Recurso Humano fue a nivel nacional, pero los indicadores del Programa inherente a la implementación se limitaron a los 33 municipios priorizados, por lo que las acciones hubiesen tenido un mayor impacto que el logrado, de haberse concentrado en los 33 municipios.

En cuanto a los municipios priorizados por el Programa se logró aumentar la asignación de personal de enfermería al primer nivel de atención de 8.57 a 9.95 por cada 10,000 habitantes (Indicador de Resultados 1.1) y de agentes comunitarios por sector en todos los municipios priorizados de 15 a 21.2 la tasa de agente por sector del área rural (Indicador de Resultados 1.2), así mismo los niveles

<sup>7</sup> Cuadro No. 5.8 “Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas actualmente unidas” de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA), establece 76.7 de prevalencia de métodos modernos para Madriz.

<sup>8</sup> Ver enlace opcional # 3 de la Propuesta de Préstamo NI-L1095.

de empirismo (Indicador de resultados 2.1) bajaron de 75% en 2013 a 7% en el 2017 en los SILAIS priorizados. De los 3.576 recursos, 3.326 se encuentran capacitados, sobresaliendo que el 100% de los educadores están capacitados y aún se tiene un reto importante en la formación de los estadísticos, tal y como se muestra en el detalle de la tabla 2.3:

**Tabla 2.3. Personal de salud capacitado**

SILAIS	Auxiliares de enfermería y de salud MOSAFC (educadores para la salud)			Estadísticos			Higienistas			Total de recursos técnicos		
	Total	Empíricos	Capacitado	Total	Empíricos	Capacitado	Total	Empíricos	Capacitado	Total	Empíricos	Capacitado
Chinandega	359		359	51	16	35	22	1	21	432	17	415
Estelí	207		207	21	7	14	5	0	5	233	7	226
León	333		333	55	27	28	16	1	15	404	28	376
Madriz	158		158	13	4	9	11	5	6	182	9	173
Managua	1296		1296	218	142	76	52	7	45	1566	149	1417
Matagalpa	428		428	33	16	17	14	5	9	475	21	454
Nueva Segovia	244		244	26	7	19	14	12	2	284	19	265
<b>Total General</b>	<b>3,025</b>	<b>0</b>	<b>3,025</b>	<b>417</b>	<b>219</b>	<b>198</b>	<b>134</b>	<b>31</b>	<b>103</b>	<b>3,576</b>	<b>250</b>	<b>3,326</b>
<b>Porcentajes</b>		<b>0%</b>	<b>100%</b>		<b>53%</b>	<b>47%</b>		<b>23%</b>	<b>77%</b>		<b>7%</b>	<b>93%</b>

Así mismo, se avanzó en la certificación de agentes comunitarios activos de los municipios priorizados en los contenidos del Manual Único del Brigadista (Indicador de Resultados 2.2). Si bien MINSA mantiene una estrategia constante de capacitación de brigadistas a nivel nacional, la rotación de los mismos no permite tener un 100% capacitados en el Manual. En los SILAIS priorizados se obtuvo una tasa de brigadistas capacitados del 30%, cumpliendo así la meta del 20%; la información de las capacitaciones es manejada por la Dirección de Docencia a nivel de SILAIS y no municipal, por lo que el dato que se reportó corresponde a nivel departamental, conforme tabla 2.4. La meta y resultados, desde alguna perspectiva puede considerarse bajo y riesgoso para la sostenibilidad. No obstante la sostenibilidad no se considera en riesgo dado que: (i) los agentes comunitarios son personal voluntario que ha logrado el MOSAF identificar, incentivar y capacitar a pesar de la alta rotación; (ii) Para enfrentar esta alta rotación, MINSA mantiene una estrategia de capacitación permanente a los brigadistas, para garantizar la sostenibilidad de la red comunitaria y año con año imparte contenidos básicos de las estrategias comunitarias; y (iii) Pese a la rotación, siempre se mantiene al menos un agente capacitado como parte del grupo de brigadistas que sirve de guía a los que se encuentran en proceso de capacitación o recién se incorporan a la red.

**Tabla 2.4. Agentes comunitarios de salud capacitados**

SILAIS Priorizados	2017		
	BRIGADISTAS		
	Existentes	Capacitados (Manual Único)	%
Nueva Segovia	1346	835	62%
Estelí	4016	300	7%
Madriz	802	585	73%
León	1227	610	50%
Chinandega	1351	805	60%
Managua	3364	835	25%
Matagalpa	3935	835	21%
<b>Sub Total</b>	<b>16041</b>	<b>4805</b>	<b>30%</b>

Este cumplimiento es consistente con el modelo de gestión de la salud implementado por MINSA en el que se ha organizado y capacitado a la red comunitaria de salud y que con el Programa se ha

consolidado y logrado mantener activa en los municipios y comunidades priorizadas con el apoyo de los equipos ESAFC<sup>9</sup>.

El nivel de avance de los indicadores de resultados y productos, aportan al cumplimiento de este primer objetivo específico: “Aumentar la asignación de personal asistencial del primer nivel, en especial en perfiles técnicos y de enfermería, así como la ampliación de la red comunitaria activa”, por cuanto las acciones desarrolladas para su logro, contribuyeron a mejorar las capacidades de conocimientos y de equipamiento de los equipos asignados al primer nivel de atención y la consolidación de la red comunitaria activa; con el reto de continuar con el proceso de optimización de los recursos humanos orientado hacia las comunidades más vulnerables y en los perfiles que permitan continuar con el proceso de consolidación del MOSAFC, de forma que se cierren las brechas de asignación de personal en estas comunidades.

Así mismo, en la Propuesta de Préstamo se identificó<sup>10</sup> que el acercar los servicios de salud a las comunidades más vulnerables con promoción, prevención y alertas tempranas de síntomas, incide en reducir la severidad de la morbilidad y el riesgo de muerte; lo que conlleva a analizar los cambios en los indicadores de impacto del Programa, observando una disminución en la desnutrición de menores de dos años (Indicador de Impacto 1.1) y de la tasa de hospitalización por enfermedades diarreicas (Indicador de Impacto 2.1). No obstante, la hospitalización por neumonía<sup>11</sup> (Indicador de Impacto 2.2) aumentó considerablemente. Esto último se justifica en que la neumonía tiene 19 formas de presentarse<sup>12</sup>, y conforme a entrevistas a personal de salud del SILAIS de Madriz y de la Dirección de Servicios de Salud se informa que la variabilidad climática está incidiendo en el repunte de casos de neumonía, no solo en Madriz, sino a nivel de todo el país. Así mismo es importante reconocer que la naturaleza del programa (ampliación de oferta de servicios, incluidos los de promoción) contribuye a aumentar la detección y tratamiento de casos y, en algunos casos, a nivel hospitalario en los primeros años de la intervención. Se busca que, en el mediano plazo con este aumento de las intervenciones en prevención, disminuya el número de hospitalizaciones.

Finalmente, se debe tener presente que el modelo de pares<sup>13</sup> establecido en las estrategias comunitarias busca generar cambios de comportamiento en la población, tema que no se encontró evidencia de haber sido monitoreado durante la implementación del programa al no haber formado parte explícita del Programa; aspecto que se estará abordando en el acápite de sostenibilidad de este informe.

## **Objetivo específico 2: Mejora del acceso a servicios comunitarios de salud y nutrición en niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil en los municipios priorizados:**

El logro de este segundo objetivo se demuestra con los niveles de cumplimiento de los indicadores del resultado de ampliación de la cobertura de atención primaria a niñez y mujeres en edad fértil en zonas rurales dispersas. Así mismo, se han obtenido interesantes lecciones, como la planificación

---

<sup>9</sup> Los ESAFC corresponden a personal de salud asignado al primer y están integrados por perfiles de médico de servicio social, enfermeras, auxiliares, educadores de la salud, nutricionistas, brigadistas de salud, entre otros.

<sup>10</sup> Se ha estimado que hasta un 30% de los casos de neumonía resultan como complicación de otras infecciones respiratorias no tratadas oportunamente y hasta un 20% de hospitalizaciones evitables, ver *Poverty related risk for potentially preventable hospitalisations among children in Taiwan*, Chen et al. BMC Health Services Research 2010.

<sup>11</sup> Las acciones que se previeron y realizaron correspondieron con la detección temprana de las afecciones que evitaban complicaciones que generaran hospitalizaciones.

<sup>12</sup> Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE-10, Volumen 1, Edición 2008, Utilizado por MINSA para sus estadísticas.

<sup>13</sup> El MOSAFC establece el concepto de responsabilidad compartida a través de las consejerías por pares y la referencia de la población por los agentes comunitarios basados en conocimientos y señales de peligro.

de todas las actividades previas a la implementación de las estrategias en nuevas comunidades, y que se abordan en los criterios no centrales de este informe. Se ha cumplido con el objetivo de mejorar el acceso a servicios comunitarios de salud a niños y mujeres en edad fértil en 608 comunidades en las que se intervinieron con el programa a través de los equipos ESAFC y red comunitaria ampliados y fortalecidos bajo el primer objetivo específico, incluyendo transversalmente, la disposición de un sistema de captación y procesamiento de los registros de atenciones brindadas a la comunidad (SICO)<sup>14</sup>.

La mejora de acceso a servicios comunitarios de salud y nutrición en niños menores de dos años, está vinculado a la mejora nutricional y disminución de la morbilidad severa de la niñez; medido a través de los tres primeros indicadores de impacto y que se han abordado como parte del primer objetivo específico, y que se ha visto complementado con las actividades de atenciones directas a la niñez bajo este segundo objetivo y que se materializó con las atenciones brindadas en los 33 municipios priorizados y basada en dos indicadores trazadores: (i) niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según la norma del PROCOSAN; y (ii) niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad según la norma del PROCOSAN. El cumplimiento del indicador de resultado (4.1) de niños de 23 meses de edad del área priorizada que cuentan con su esquema de vacunación completo, fue logrado por: (i) La cobertura del 100% de las comunidades priorizadas con la estrategia de PROCOSAN Niñez provistas por el incentivo a los municipios de transferencias de recursos por atenciones; y (ii) La realización de jornadas de vacunación anuales (al menos tres al año) que realiza MINSA y las vacunaciones sistemáticas.

En cuanto al cumplimiento del indicador de resultado (4.2) referida a la prevalencia de métodos modernos de planificación, y su indicador de impacto (3.1) asociado: “Demanda insatisfecha de planificación familiar en el SILAIS de Madriz”, ambos poseen la misma fuente de información (ENDESA) para evidenciar su logro; no obstante, esta encuesta no fue realizada<sup>15</sup>. Como se dispone de evidencia de las acciones realizadas por el programa en la captación y atención de MEF con métodos anticonceptivo bajo la estrategia ECMAC en los municipios priorizados, el cual se logró aumentar en 45% la captación en los últimos tres años, lo cual hace inferir que se ha aumentado el uso de métodos modernos de planificación en más del 4% esperado y que la demanda insatisfecha de planificación familiar ha disminuido en un porcentaje mayor al 10% previsto por el programa, ambos para el SILAIS de Madriz, por lo cual los logros del Programa en el tema de salud sexual y reproductiva en MEF, se considera alcanzado.

La captación y atención de métodos anticonceptivos para MEF se realizó conforme lo estipulado en la Norma 2012-N-099 “Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) y guía para capacitar al personal de salud y consejeras”. El proceso que se sigue para su implementación es el siguiente: i) capacitación permanente del personal de salud en la implementación de la ECMAC; ii) Selección de barrios y comunidades en base al diagnóstico basado en el MOSAFC; iii) visita a la comunidad para: identificar a los líderes y voluntarios para la implementación de la ECMAC; censo de las MEF; iv) Capacitación a consejeros comunitarios

---

<sup>14</sup> El SICO es un sistema que facilita el funcionamiento y vinculación de las redes comunitarias; recopila la información básica de las actividades educativas, preventivas y de promoción que desarrollan en sus comunidades los Brigadistas, promotores, Parteras, Colaboradores Voluntarios, Líderes, Casas Bases y otros representantes de la comunidad en coordinación con las autoridades de salud, estableciendo todo un flujo de la información que registra los eventos relacionados a ECMAC, PROCOSAN Materno y Niñez, Referencia Comunitaria de casos (Vigilancia comunitaria) que son reportados por los agentes comunitarios a los equipos de Salud y éstos a su vez a las Direcciones Municipales y SILAIS.

<sup>15</sup> Esta encuesta es realizada por Instituto Nicaragüense de Estadísticas, el cual no obtuvo los recursos necesarios para realizarla para el año

voluntarios; y v) captación de MEF y suministro de métodos anticonceptivos. Así mismo se disponen de herramientas de seguimiento que inician con la tarjeta de planificación para cada usuaria; la hoja de registro de atención ambulatoria; el acta de entrega de insumos; el expediente clínico de la usuaria y el expediente de ECMAC, a nivel de establecimiento de salud, municipio, SILAIS y a nivel central.

Se hace notar que la metas originales de los cuatro productos que aportan a los resultados de éste objetivo fueron ajustados, esto debido a que no se disponían de las acciones previas en la fase de inicio del proyecto para asegurar una organización comunitaria que facilitara el desarrollo de las intervenciones y diseño de herramientas para el registro de las atenciones previstas, por lo que en los primeros años el MINSA con el apoyo del Banco se realizaron las acciones previas establecidas en la norma 097 “Manual Técnico Operativo PROCOSAN” del año 2014, tales como censos, selección de comunidades, identificación de brigadistas, equipamiento básico, capacitaciones; entre otros y el establecimiento de los mecanismos de registro y sistematización de las atenciones que se brindaban, siendo que la implementación de éstas actividades obligó a que la ejecución de los productos fuera gradual en los 33 municipios tal y como se aprecia en la tabla 2.5 y para el Producto 2.6 hubo una sobreestimación de la meta:

**Tabla 2.5. Implementación gradual de intervenciones principales por municipios**

Indicador	Número de Municipios								Total municipios
	2015		2016		2017		2018	No ejecutado	
	I Sem.	II. Sem.	I Sem.	II. Sem.	I Sem.	II. Sem.	I Sem.		
R4 P6: Transferencias por Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas y atendidas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención en los municipios priorizados	18	5	3	2		4		1	33
R4 P7: Transferencias por embarazadas y puérperas de los municipios protagonistas atendidas con vigilancia y consejería nutricional según la norma del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).				17	6	6	4		33
R4 P8: Transferencias por niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según la norma del PROCOSAN	17		2	14					33
R4 P9: Transferencias por niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad según la norma del PROCOSAN	9	5	1	7	8	1		2	33

Finalmente, de forma transversal a los dos objetivos específicos, el tercer resultado de la lógica vertical del programa, cuyo indicador (3.1) está referido al reporte de atenciones e información comunitaria hacia el SILAIS efectuada por medio del SICO, fue alcanzado al lograr que el 97% de los 33 municipios priorizados reporten sus atenciones por medio del SICO, distribuidos en los nueve SILAIS priorizados conforme se muestra en la tabla 2.6:

Es relevante indicar que con el programa se consolidó la utilización del sistema de información como herramienta estadísticas de las atenciones brindadas en las comunidades, siendo que en el segundo semestre 2016 inició su utilización en los municipios priorizados, mediante el desarrollo del sistema, equipamiento y capacitaciones a la red comunitaria y equipos ESAFC; gradualmente se fue extendiendo a nivel nacional siendo que a octubre 2018 de los 10 SILAIS a nivel nacional, atendidos por la cartera de proyectos financiados por el Banco, seis tienen implementado SICO en más del 90% de sus municipios y ocho SILAIS en más del 80% de sus municipios.

**Tabla 2.6. Implementación SICO por municipios**

SILAIS	TOTAL MUNICIPIOS	Procosan Niñez			Plan de Parto			Procosan Materno			ECMAC			Actividades Comunitarias			Promedio SILAIS	Aporte % municipios	Promedio ponderado
		SI	NO	%	SI	NO	%	SI	NO	%	SI	NO	%	SI	NO	%			
LEON	5	5	0	100%	5	0	100%	5		100%	5	0	100%	5	0	100%	100%	15%	15%
CHINANDEGA	2	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	100%	6%	6%
MANAGUA	2	2	0	100%	0	2	0%	2	0	100%	6	0	300%	0	2	0%	100%	6%	6%
ESTELI	6	6	0	100%	6		100%	6	0	100%	9	0	150%	6	0	100%	110%	18%	20%
MADRIZ	9	9	0	100%	9	0	100%	9	0	100%	7	0	78%	9	0	100%	96%	27%	26%
NUEVA SEGOVIA	7	7	0	100%	6	1	86%	7	0	100%	2	0	29%	7	0	100%	83%	21%	18%
MATAGALPA	2	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	2	0	100%	100%	6%	6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>100.0%</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>90.9%</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>100.0%</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>100.0%</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>93.9%</b>		<b>100%</b>	<b>97%</b>



**Tabla 2.7 Matriz de Resultados logrados**

Impacto / Indicador		Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
1.1	Desnutrición crónica en menores de 2 años en los SILAIS de Madriz y Nueva Segovia	%	19.6	2012	P	14	125.0%	Reporte de la Dirección de Servicios de Salud MINSA.
					P(a)	14		
					A	12.6		
2.1	Tasa de hospitalización por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años en el SILAIS de Madriz	egresos por 100 niños <5a	19.2	2011	P	16	212.5%	Reporte de la Dirección de Estadísticas (antes ONE) del MINSA.
					P(a)	16		
					A	12.4		
2.2	Tasa de hospitalización por neumonía en menores de cinco años en los SILAIS de Madriz. <sup>16</sup>	egresos por 100 niños <5a	14.6	2011	P	13	-1356.3%	Reporte de la Dirección de Estadísticas (antes ONE) del MINSA
					P(a)	13		
					A	36.3		
3.1	Demanda insatisfecha de planificación familiar en el SILAIS de Madriz.	%	14	2011	P	12.5	0.0%	Sin datos por falta de realización de encuesta ENDESA.
					P(a)	12.5		
					A			

Resultado /Indicador		Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
1.1	Enfermeras y auxiliares asignadas al primer nivel de atención por 10.000 habitantes en los SILAIS de Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Chinandega y León.	asignación al primer nivel por	8.57	2013	P	64.8	250.9%	Datos provistos por DGRH
					P(a)	9.12		
					A	9.95		
1.2	Tasa de agente comunitario por sector en los municipios priorizados	Agentes	15	2013	P	20	124.0%	Datos provistos por la DGSS.
					P(a)	20		
					A	21.2		
2.1	Porcentaje de los recursos técnicos (estadísticos, higienistas, educadores para la salud, y auxiliares de enfermería) que son empíricos en los SILAIS priorizados	% empíricos	75	2013	P	25	136.0%	Datos oficiales del MINSA (Dirección General de Docencia).
					P(a)	25		
					A	7		
2.2	Porcentaje agentes comunitarios activos de los municipios priorizados certificados en los contenidos del Manual Único del Brigadista	%	0	2013	P	20	150.0%	Datos oficiales del MINSA (Dirección General de Docencia).
					P(a)	20		
					A	30		
3.1	Porcentaje de municipios priorizados cuyo reporte de atenciones e información comunitaria hacia el SILAIS se efectúa por medio del SICO mensualmente.	%	50	2013	P	90	117.5%	Datos provistos por la DTIC.
					P(a)	90		
					A	97		
4.1		%	67.5	2012	P	80	220.0%	

<sup>16</sup> Ver explicación sobre la medición de este indicador en p en el sexto párrafo del inciso b. del acápite 2.2 del PCR y fue retomado como hallazgo # 4 en la tabla 4.1.

Resultado /Indicador		Unidad de Medida	Valor de Línea de base	Año de línea de base	Metas y alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
	Porcentaje de niños de 23 meses de edad del área priorizada que cuentan con su esquema de vacunación completo				P(a)	80		Datos provistos por la DGSS.
					A	95		
4.2	Prevalencia de métodos modernos de planificación familiar en el área priorizada	%	76.7	2012	P	80	0.0%	Sin datos por falta de realización de encuesta ENDESA. Proxy: 135% alcanzado en Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas y atendidas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención en los municipios priorizados
					P(a)	80		
					A	0		

Producto		Unidad de Medida	Valor de Línea base	Año de línea de base	Metas y Alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
Componente 1. Optimización de los RRHH para la extensión de servicios comunitarios en áreas rurales dispersas.								
1.1	Personal acogido al plan de optimización de talento humano.	#	N/A	N/A	P	1,338	98%	Informes Semestrales.
					P(a)	2,520		
					A	2,475		
1.2	Personal técnico formado	#	N/A	N/A	P	300	100%	Informes Semestrales.
					P(a)	2,304		
					A	2,300		
1.3	Equipos municipales de salud capacitados y con equipamiento para implementar estrategias comunitarias	#	N/A	N/A	P	120	100%	Informes Semestrales.
					P(a)	175		
					A	175		
Componente 2. Extensión de servicios comunitarios en municipios priorizados del Corredor Seco								
2.1	Agentes de la red comunitaria de los municipios priorizados usando tecnología móvil para el registro de atención y referencia comunitaria	Agentes	N/A	N/A	P	2,200	114%	Informes Semestrales.
					P(a)	4,678		
					A	5,343		
2.2	ESAFc de los municipios priorizados dotados de equipos y equipamiento básico	Equipos	N/A	N/A	P	684	100%	Informes Semestrales.
					P(a)	534		
					A	534		
2.3	Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas y atendidas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención en los municipios priorizados.	Beneficiarios (#)	N/A	N/A	P	96,690	135%	Datos MINSA.
					P(a)	39,961		
					A	53,847		
2.4			N/A	N/A	P	14,081	109%	Datos MINSA.

Producto		Unidad de Medida	Valor de Línea base	Año de línea de base	Metas y Alcance real		% Alcanzado	Medios de verificación
	Embarazadas y puérperas de los municipios protagonistas atendidas con vigilancia y consejería nutricional según la norma del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).	Beneficiarios (#)			P(a)	9,204		
					A	10,068		
2.5	Niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según la norma del PROCOSAN	Beneficiarios (#)	N/A	N/A	P	64,851	114%	Datos MINSA.
					P(a)	91,116		
					A	103,447		
2.6	Niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad según la norma del PROCOSAN. <sup>17</sup>	Beneficiarios (#)	N/A	N/A	P	195,590	105%	Datos MINSA.
					P(a)	3,149		
					A	3,321		

Donde: P = Planificado; P (a) = Objetivo anual revisado; A = real.

<sup>17</sup> Ver justificación entre meta inicial y ejecución en párrafo 11 del inciso b. del acápite 2.2; así como hallazgo # 1 en la tabla 4.1

### **c. Análisis contrafactual**

El análisis contrafactual evalúa la contribución del proyecto a los logros observados en la Tabla 2.7 utilizando como base la evidencia internacional en el sector y un análisis de impacto sobre un conjunto de indicadores de impacto y resultado asociados al programa. Dado que el programa no contó con una evaluación de impacto prospectiva que establezca una estrategia de identificación para cuantificar los efectos causales del proyecto y sus componentes sobre los indicadores de resultado propuestos en la matriz de resultados, los análisis de impacto utilizan indicadores “proxys” disponibles en los sistemas de información de salud del país y cuyas características se adaptan a los requerimientos metodológicos de la estrategia de efectos fijos utilizados en el análisis. Por otro lado, dado que el proyecto se implementó de forma simultánea en un subconjunto de municipios y tuvo los mismos objetivos sanitarios que los proyectos NI-L1054 y NI-L1068, el análisis de impacto se enfoca en los efectos promedios del paquete de intervenciones implementadas en cada municipio por los tres proyectos. Este abordaje analítico maximiza la potencia estadística del análisis al extender la muestra a todos los municipios del país<sup>18</sup>.

El análisis de impacto estima modelos de efectos fijos sobre un subconjunto de indicadores de impacto y resultado disponibles del sistema de información de salud para el periodo entre 2006 a 2018. El conjunto de datos incluye información sobre la utilización de servicios de salud y los resultados de salud para los 153 municipios de Nicaragua y para cada uno de los 13 años entre 2006 y 2018. De los 153 municipios, 59 fueron controles y 94 fueron tratados.

El objetivo general de los proyectos fue el de reducir la mortalidad y morbilidad infantil y materna mediante la expansión y mejora de los servicios esenciales de salud. Como indicadores finales de impacto disponibles en el sistema de información de salud del país se cuenta con la tasa de mortalidad infantil, neonatal y materna, y el porcentaje de nacimientos en adolescentes como proxy para el embarazo en jóvenes. El análisis de los datos da como resultado una reducción estadísticamente significativa de 1.117 muertes infantiles por 1.000 nacimientos, y de 0.745 muertes neonatales por 1.000 nacimientos. Estos impactos representan una reducción relativa del 7,5% y 7,2% respectivamente, relativo a las tasas de mortalidad en el periodo basal en los municipios de intervención. La tasa de mortalidad materna se vio reducida por las intervenciones de los programas en 32.134 muertes por 100.000 nacimientos, una reducción del 44,5% relativo a la línea base. Y por último el porcentaje de nacimientos entre adolescentes bajó en 2 puntos porcentuales, una reducción de 7,8% relativo a la línea base, donde 25,6% de los nacimientos fueron por adolescentes. Estos resultados sugieren que las intervenciones realizadas conjuntamente por los programas de salud para fortalecer el sistema de salud y expandir cobertura fueron efectivos para alcanzar sus objetivos de mejorar el resultado final de reducción en mortalidad materno e infantil.

Considerando el objetivo general del Programa “Fortalecer la capacidad del MINSA de extender servicios de promoción, prevención y atención primaria a la salud en comunidades rurales dispersas, con el fin de mejorar el estado de salud de la población más vulnerable, con énfasis en aportar a la mejora nutricional de la niñez, disminuir la tasa de morbilidad severa de la niñez y ampliar los servicios primarios de acceso a la salud sexual y reproductiva”, los resultados indican que se observa: (i) un aumento estadísticamente significativo de 968 en el número de mujeres que asisten a al menos cuatro controles en el embarazo, y de 1.181 en el número de

---

<sup>18</sup> Ver anexo No. 2 documento completo de Análisis de Impacto, elaborado por Sebastian Martínez (SPD/SDV) y Solís Winters (SPD/SDV)

mujeres que reciben atención en el puerperio mediato. Estos aumentos representan un incremento relativo de 26,0% y 49,4% respectivamente, relativo a los niveles en el periodo basal en los municipios de intervención. El porcentaje de nacimientos institucionales, definido como partos en un hospital o clínica y atendidos por un médico, aumentó en 8,4%, un aumento de 9,8% relativo a la línea base; y (ii) un impacto significativo y positivo de 9.758 niños de 1 a 4 años adicionales por año que asistieron a al menos dos controles de vigilancia y promoción de crecimiento y desarrollo (VPCD). Estas son visitas preventivas centradas en el crecimiento, hitos de desarrollo, vacunación, y desparasitación. Este impacto representa un aumento de 127,2% relativo a la línea base. También se observa un aumento en el número de niños que recibieron una dosis de MMR de 1.244, un aumento de 13,5% relativo a la línea de base. Estos resultados sugieren que las intervenciones realizadas por el Programa dirigidas a la ampliación de cobertura de atención primaria a la niñez y a la mujer en edad fértil en municipios rurales fue exitosa.

Finalmente, el análisis de atribución, detallado en el documento de análisis, concluye que sumando los análisis de impacto a la evidencia disponible en la literatura y a la teoría de cambio del proyecto descrito en este PCR, se establece una contribución plausible, aunque no una atribución causal, hacia la mayoría de los indicadores de resultados.

#### **d. Resultados imprevistos**

El Programa inicialmente previó a través del Resultado R3, mejorar el registro y uso de la información epidemiológica y de atención comunitarias mediante la disposición de tecnología móvil (teléfonos celulares<sup>19</sup>) para facilitar la comunicación. No obstante, mediante el programa se reactivó y actualizó el SICO, desarrollándose acciones de vistas de acompañamiento a los consejeros ECMAC a quienes se les proporcionó métodos, papelería, capacitación personalizada, apoyo en el llenado de los formatos que se procesa la información mensual, organizar expedientes a nivel de las comunidades; actualización de los instrumentos como Censo de MEF, Croquis de las comunidades, Censos de Planificación Familiar, Reportes de los consejeros. Desde la sede de los SILAIS se realizaron visitas de acompañamiento por parte del Equipo de conducción integrado por personal de servicios de salud, verificando la organización, registro, seguimiento y monitoreo de las evidencias de la estrategia ECMAC y PROCOSAN, además de apoyar la consolidación de la información en los instrumentos que establecen las normas de estas estrategias, y revisión de las bases de datos por municipio, organizando las mismas por comunidades que integran cada sector

En enero 2018 se oficializó el uso del SICO a nivel nacional para registrar los eventos relacionados a ECMAC, PROCOSAN Materno y Niñez, Referencia Comunitaria de casos (Vigilancia Comunitaria), que son reportados por los agentes comunitarios a los equipos de Salud y éstos a su vez a las Direcciones Municipales y SILAIS. Desde las sedes municipales al SILAIS ya fluye la información en un formato digital; a partir del año 2018 se integra esta información en una plataforma en línea que es parte del Sistema de información Comunitaria (SICO).

Lo anterior, evidencia que el Programa contribuyó en institucionalizar una herramienta de manejo de información de salud comunitaria, mediante la disposición de recursos para el desarrollo de

---

<sup>19</sup> Conforme el párrafo 1.17 del POD del Programa incluyó la dotación de teléfonos móviles y plan de datos (internet móvil) para que a través de este medio la red comunitaria reportara a los SILAIS o MINSA Central, las captaciones, atenciones y referencias comunitarias, como primer eslabón para la implementación del SICO.

software, equipamiento, capacitaciones y definición de formatos y papelería, entre otros; para su implementación.

## 2.3 Eficiencia

El análisis de eficiencia del Programa de Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en las Comunidades del Corredor Seco de Nicaragua (NI-L1081) está basado en una comparación de Costo Eficiencia. En un análisis Costo Eficiencia ex post, el énfasis está focalizado en determinar si los resultados fueron logrados a un costo razonable.

Para realizar este análisis, se consideró el costo de proveer un conjunto de prestaciones o paquetes de intervención en salud materno infantil. Para este efecto, se identificaron los costos detallados de 21 paquetes de atención. Específicamente se analizó el costo de ofrecer la atención al parto vaginal y la atención al recién nacido. Los costos del programa en Nicaragua son los siguientes (en córdobas de 2011)

**Tabla 2.8 costo de atenciones principales**

<b>Atención del Recién Nacido</b>		
Servicios	Uso de servicios	Costo
Atención del Recién Nacido (Sala de Partos)	1	158.31
Atención del Recién Nacido (Hospital)	1	517.54
Atención del Recién Nacido (Consulta)	1	16.90
<b>Costo Total</b>		<b>692.75</b>
<b>Atención del parto vaginal (normal)</b>		
Servicios	Uso de servicios	Costo
Vacunación Toxoide Antitetánico	2	54.80
Laboratorio Primera vez en Embarazo	1	79.18
Atención Prenatal	4	366.94
Trabajo de Parto Normal (Urgencias)	1	222.20
Trabajo de Parto Normal (Sala de Partos)	1	236.99
Puerperio Normal (Hospital)	1	280.10
Puerperio Normal (Consulta)	1	16.90
Biometría hemática completa	2	49.16
Examen general de orina	2	44.76
Glucosa	2	39.48
<b>Costo Total</b>		<b>1,390.52</b>

Dado que los costos se encuentran en monedas y años diferentes, todos los costos se llevaron a dólares de 2018 para hacerlos comparables con intervenciones similares en otros países. Más específicamente, se identificaron los costos de intervenciones similares en Panamá. Como puede observarse, en la tabla 2.9, el costo Nicaragua es un 59% más bajo que un costo de una intervención similar en Panamá en el caso de la atención de parto y un 42% más costo eficiente en el caso de la atención del recién nacido.

**Tabla 2.9. Costos unitarios (dólares de 2018)**

	Panamá	Nicaragua
Atención de parto normal	169.8	69.5
Atención Recién Nacido	60.4	34.6

**Tabla 2.10. Costos del proyecto**

Componente 1: Optimización de los RRHH para la extensión de servicios comunitarios en áreas rurales dispersas								30,397,533.09
Output			2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
1.1	Personal acogido al plan de optimización de talento humano.	P	5,732,079.00	8,206,871.00	9,676,050.00	-		23,615,000.00
		P(a)	5,732,079.00	5,995,800.00	3,500,000.00	-		25,936,915.89
		A	8,043,084.09	13,170,046.19	4,710,437.10	13,348.51	456,072.63	26,392,988.52
1.2	Personal técnico formado	P	-	487,178.00	532,292.00	180,530.00		1,200,000.00
		P(a)	-	437,000.00	1,052,473.64	854,643.31	718,255.04	2,694,579.10
		A		227,289.50	829,009.12	920,025.44	499,497.21	2,475,821.27
1.3	Equipos municipales de salud capacitados y con equipamiento para implementar estrategias comunitarias	P	-	275,400.00	275,400.00	275,400.00		826,200.00
		P(a)	-	275,400.00	1,335,585.00	771,474.37	799,484.88	1,695,227.89
		A		351.03	746,074.93	149,317.05	632,980.29	1,528,723.30
Componente 2: Extensión de servicios comunitarios en municipios priorizados del Corredor Seco								3,046,089.54
Output			2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
2.1	Agentes de la red comunitaria de los municipios priorizados usando tecnología móvil para el registro de atención y referencia comunitaria	P		1,431,775.00	385,891.00	282,190.00		2,099,856.00
		P(a)		1,431,775.00	1,516,583.49	1,046,297.01	717,623.76	2,279,710.35
		A		98,838.33	1,068,269.97	394,978.29	1,107,209.85	2,669,296.44
2.2	ESAFIC de los municipios priorizados dotados de equipos y equipamiento básico	P		182,657.00	294,203.00	70,341.00		547,201.00
		P(a)		182,657.00	819,220.00	266,621.08	358,020.32	450,976.25
		A		13.04		92,942.89	96,905.62	189,861.55
2.3	Mujeres en Edad Fértil (MEF) captadas y atendidas con método anticonceptivo por la estrategia ECMAC en los registros mensuales de atención en los municipios	P		555,808.00	223,320.00	192,707.00		971,835.00
		P(a)		223,320.00	99,072.00	80,233.52	332,348.45	367,669.04
		A			17,640.24	17,680.35	228,000.00	263,320.59
2.4	Embarazadas y puérperas de los municipios protagonistas atendidas con vigilancia y consejería nutricional según la norma del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).	P		52,394.00	218,428.00	218,428.00		489,250.00
		P(a)		21,816.00	16,719.75	6,364.74	323,898.45	327,638.06
		A			124.03	3,615.58	24,000.00	27,739.61
2.5	Niñas y niños menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según la norma del PROCOSAN	P	-	541,577.00	461,993.00	461,993.00		1,465,563.00
		P(a)	-	162,075.00	193,500.00	93,853.12	347,198.44	488,133.37
		A			56,999.04	83,935.89	940,279.50	1,081,214.43
2.6	Niñas y niños menores de seis años atendidos y/o referidos por enfermedad en la comunidad según la norma del PROCOSAN.	P		708,040.00	886,013.00	862,770.00		2,456,823.00
		P(a)	-	208,032.00	29,724.00	9,804.00	334,068.45	341,004.87
		A			6,936.42		7,720.50	14,656.92

**Componente 3: Administración, gestión y evaluación**

756,377.38

Output			2014	2015	2016	2017	2018	EOP 2018
3.1	Acciones del Plan de Salvaguardias de Gestión correspondientes al período implementadas.	P	-	320,409.00	292,667.00	245,324.00		858,400.00
		P(a)	-	292,667.00	256,640.00	234,943.93	103,509.94	407,393.07
		A		4,294.51	122,600.04	176,988.58	101,021.29	404,904.42
3.2	Informes de verificación de cobertura y calidad entregados (auditoría técnica externa)	P	33,500.00	27,910.00	27,910.00	78,019.00		167,339.00
		P(a)	33,500.00	45,000.00	128,520.00	31,730.00	33,433.90	167,033.90
		A		25,050.00	78,490.00	30,060.00	33,400.00	167,000.00
3.3	Informes de evaluación externa entregados	P		-	35,000.00			35,000.00
		P(a)		-	35,000.00	15,000.00	35,000.00	52,424.27
		A		17,424.27				17,424.27

**Otros Costos**

Output			2014	2015	2016	2017	2018	Costo
Imprevistos		P	-			467,533.00		467,533.00
		P(a)	-			-	15,752.95	15,752.95
		A	-			-		-
Costos Financieros		P	100,000.00	300,000.00	200,000.00	200,000.00		800,000.00
		P(a)	100,000.00	200,000.00	200,000.00	199,127.10	-	799,999.99
		A		128,524.81	472,348.09	199,127.09		799,999.99
Estados Financieros Auditados		P		80,000.00	70,000.00	50,000.00		200,000.00
		P(a)		17,399.00	70,000.00	70,240.73	94,351.31	175,541.00
		A			39,759.27	41,430.42	85,859.00	167,048.69

**Costo Total**

Output			2014	2015	2016	2017	2018	<sup>20</sup> Costo
Costo Total		P	5,865,579.00	13,170,019.00	13,579,167.00	3,585,235.00	-	36,200,000.00
		P(a)	5,865,579.00	9,492,941.00	9,253,037.88	3,680,332.91	4,212,945.89	36,200,200.00
		A	8,043,084.09	3,671,831.68	8,148,688.25	2,123,450.09	4,212,945.89	36,200,000.00

<sup>20</sup> Incluye contrapartida de US\$1,2 millones



## 2.4 Sostenibilidad

### a. Aspectos generales de sostenibilidad

La sostenibilidad técnica de los resultados del programa proviene del modelo de salud institucional del Gobierno de Nicaragua implementado desde el 2007 a través del MINSA, denominado MOSAFC y sobre el cual se ha ejecutado toda la cartera vigente del Banco en temas de salud. Así mismo, con el programa se lograron fortalecer las estrategias comunitarias, las cuales se encuentran debidamente normadas y con manuales técnicos de operación<sup>21</sup>. Este modelo, al ser política nacional, continuará siendo implementado por el Gobierno en las áreas que fueron atendidas por el Programa; no con la misma intensidad del Programa, pero sí con la disposición de recursos humanos y económicos para mantener la atención, aprovechando las fortalezas (capacidades técnicas y organizativas) que fueron provistas por el programa.

Así mismo, otro factor de sostenibilidad es la red comunitaria, organizada y fortalecida con el programa, dado que la misma son atendidas por los equipos ESAFC del MINSA que han sido establecidos para mantener la atención de primer nivel en las comunidades de forma sostenida. Igualmente, con el programa se logró capacitar a los equipos ESAFC para el desempeño de sus funciones comunitarias; y MINSA ha impulsado la sectorización de los servicios para acercar la salud a la población, esta desconcentración del municipio se realiza sobre la base de los censos establecidos en la norma PROCOSAN, donde en un sector puede haber un máximo de 30 niños menores de 2 años y/o 12 embarazadas; cada sector tiene asignado tres brigadistas.

El Gobierno de Nicaragua aumentó de forma sostenida el gasto público en salud durante el periodo 2013 - 2017, siendo que el gasto de salud por persona pasó de US\$43.3 en 2013 a US\$73.61 en 2017; en 2018 la situación cambió, siendo el gasto promedio por persona en salud fue de US\$ 69.79, y para 2019, conforme el presupuesto general se prevé sea de US\$ 65.58; si bien el gobierno está comprometido en mantener las asignaciones presupuestarias el sector salud, esto se ve afectado por la crisis económica que incide en un menor presupuesto del país<sup>22</sup>, lo cual se refleja en una menor asignación absoluta de presupuesto, pero se mantienen la asignación relativa del 17.6% del PGR para salud, con lo cual se logra sostener la atención de las poblaciones priorizadas y se ratifica la priorización del gobierno con los servicios de salud.

La sostenibilidad financiera, antes indicada, se complementa al cumplir con lo establecido en la matriz de riesgo inicial del programa; en el cual, el equipo ESAFC (enfermeras y auxiliares de enfermería, educadores de la salud) ha sido formado y constituido con personal autóctono del municipio, sin obviar el reto de que aún hay brechas de personal comunitario. No obstante, éstos se complementan con médicos de servicio social que visitan las comunidades y brigadistas voluntarios de los sectores que han sido capacitados.

Un tema que fue abordado en la Propuesta de Préstamo que se considera relevante es que la sostenibilidad del modelo de salud aspira a que los costos de atención en la salud disminuyan producto de: (i) la atención temprana de síntomas; y (ii) cambios de comportamiento de la población para mejorar la salud de la comunidad. Este último, aún se encuentra en proceso de

<sup>21</sup> Ver: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/Marco-Conceptual-Modelo-Salud-Familiar-Comunitario/>; [http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2012/Normativa---097-Programa-Comunitario-de-Salud-y-Nutrici%C3%B3n-\(PROCOSAN\)/](http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2012/Normativa---097-Programa-Comunitario-de-Salud-y-Nutrici%C3%B3n-(PROCOSAN)/)

<sup>22</sup> El Presupuesto General de la República ha disminuido en un 10% con relación al 2017.

consolidación, ya que requiere de mayor tiempo de maduración y que en el largo plazo generara mayor sostenibilidad a las acciones emprendidas por el MINSA.

Se considera que el nivel de sostenibilidad es satisfactorio, teniendo en cuenta que se cumplieron satisfactoriamente con todas las salvaguardas y que todos los riesgos fueron mitigados. Al cierre del proyecto, sí existe inestabilidad por la situación sociopolítica del país (algo imprevisto). En la actualidad hay otras operaciones del Banco que se encuentran implementándose que coincide con las áreas geográficas y que ayudan a mitigar cualquier riesgo en las acciones que se desarrollaron con el Programa.

#### **b. Salvaguardas ambientales y sociales**

El Proyecto 2986-BL-NI (NI-L1081) ambientalmente fue clasificado en categoría C, según Propuesta de Préstamo capítulo II. Estructura del Financiamiento y Riesgos, inciso B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias, párrafo. 2.2; esto basado en que no se previó, ni se ejecutaron obras de infraestructura y de conformidad con la Política de Medio Ambiente (OP-703). El programa benefició a comunidades aisladas, en la mayoría rural no indígena, ya que la extensión de servicios apoya la redistribución del personal hacia zonas de difícil acceso. En concordancia con la Política OP-765 Pueblos Indígenas, se aplicaron los protocolos de los servicios apoyados por este programa que se fundamentan en la participación social y han sido validados para asegurar su pertinencia en los contextos rurales del ámbito del programa.

En el Plan de Salvaguardias de Gestión: Matriz de Acciones: Acción 2, segunda etapa– basado en el análisis de carga de trabajo en las respectivas áreas, se implementó la dotación mínima de personal y organización, priorizando: Gestores del MOSAFC, Responsables administrativo-financieros y facilitadores a nivel de SILAIS, responsables de mantenimiento a nivel de SILAIS, responsables de Gestión Ambiental de nivel de SILAIS; Especialistas y analistas en las áreas de planificación y evaluación; Servicios de Salud, Docencia, Vigilancia (incl. y con énfasis en la Unidad de Gestión Ambiental).

En la etapa de diseño se elaboró un plan de salvaguardias de la gestión cuyo objetivo fue propiciar las acciones aplicables al aspecto organizativo, de gestión y fiduciario de la ejecución de los programas y superar debilidades identificadas para salvaguardia de los resultados de los programas, en especial financiados por el BID. Bajo este objetivo se consignaron 17 acciones divididas en tres objetivos específicos: Mejoramiento de la organización del esquema de ejecución de los programas; Mejoramiento de los procesos de adquisición de los programas; y Mejoramiento de los procesos administrativos financieros. Este fue el primer plan de salvaguardias de la gestión elaborado y puesta a funcionamiento para el MINSA y respondió a las oportunidades de mejora que se identificaron en ese momento (2013). Las 17 acciones identificadas fueron cumplidas, tal y como se manifiesta en el párrafo predecesor, pero en la medida que aumentó la cartera del Banco con el MINSA, surgieron nuevas acciones a implementarse y que fueron retomadas por las otras operaciones. La última actualización del Plan Salvaguardias fue realizada en 2018, pero no ha sido acordado con el MINSA.

En temas de pertinencia cultural, no se desarrollaron acciones relevantes en comunidades indígenas, los municipios priorizados son en zonas rurales en los que la presencia de comunidades indígenas es mínima; así mismo. No obstante, es una práctica común del MINSA que todos los instrumentos utilizados por la red comunitaria han sido adaptados a un lenguaje amigable/sencillo/popular para comprensión de la población a la cual está dirigida (rural e indígena).

### **III. CRITERIOS NO CENTRALES**

#### **3.1 Desempeño del Banco**

En la etapa de formulación del programa, el desempeño del Banco fue muy satisfactorio, considerando su rol interactivo con funcionarios del Gobierno, a efecto de lograr la armonización entre los objetivos, los indicadores, productos y actividades incluidas en la Propuesta de Préstamo, así como la consistencia con las políticas nacionales en temas de salud pública; incluyendo salvaguardias de la gestión, y consideraciones técnicas y fiduciarias para su implementación.

En la etapa de implementación del programa, el desempeño del Banco fue satisfactorio, al desarrollar una asistencia focalizada y asertiva en la operatividad del Programa, apoyando y guiando al ejecutor en el cumplimiento de los planes operativos anuales, así como previendo y apoyando con las situaciones de riesgos o amenazas que se presentaron durante la ejecución; esto se logró mediante reuniones de seguimiento periódicas; la disposición de herramientas para el seguimiento y gestión del Programa (PEP-POA, PA, PMR; Informes semestrales; Reuniones de revisión de Cartera, entre otros); la asignación de consultores en áreas de conocimiento requeridas que apoyaron la implementación del Programa; visitas fiduciarias de supervisión; el establecimiento de un plan de acción para superar los riesgos identificados en el análisis de la capacidad institucional (SECI) del ejecutor que se realizó en la etapa de formulación; entre otros. En atención a los aspectos de gestión financiera, el Banco dio seguimiento al cumplimiento de las cláusulas contractuales relacionadas a la Auditoría Externa y Control Interno, mediante la entrega oportuna de los Estados Financieros Auditados anual. Además, se registraron oportunamente las justificaciones de desembolso como parte de reconocimiento a los gastos elegibles y conforme el reporte del sistema SIGFA-PRO y solicitudes de desembolso de acuerdo con el Plan Financiero vigente.

Así mismo, para fortalecer las capacidades de gestión del MINSA en la implementación del Programa, se apoyó mediante la cooperación técnica NI-T1193 Fortalecimiento de las intervenciones para la reducción de la desnutrición en la niñez por US\$ 435 mil dólares, aprobada en 2015.

#### **3.2 Desempeño del Prestatario**

El MINSA es el organismo ejecutor del programa, y designó a la División de Cooperación Externa (DCE) la coordinación general del proyecto, apoyada técnicamente por las Direcciones Generales y específicas involucradas en cada uno de los resultados y productos del Programa. La DCE mantuvo constante comunicación con el Banco tanto para la gestión administrativa del programa, como de diálogo técnico que involucró a otras dependencias de MINSA.

El Programa, fiduciariamente, se implementó en base al plan de adquisiciones y contrataciones, gestionado a través del sistema de ejecución de planes de adquisiciones (SEPA) y se rigió por las políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el Banco y las políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el Banco; Los registros de las operaciones se efectuaron durante los años 2014 a 2017, en el SIGFA (Sistema Integrado de Gestión Financiero y Auditoría). A partir del año 2018, se registró en el SIGAF (Sistema Integrado de Gestión Administrativa Financiera), Asimismo se registra las operaciones en el Sub-sistema SIGFAPRO (Sistema Integrado de Gestión de Proyectos), especial para proyecto que corresponden a Préstamos y Donaciones de Organismos Internacionales. El registro se ha continuado en el SIGFAPRO, para la ejecución financiera del proyecto y el Sistema de Contrataciones Administrativas Electrónicas (SISCAE) como medio de difusión de los

procedimientos de contratación. Así mismo el ejecutor cumplió con la implementación de las recomendaciones provistas por el análisis de capacidad institucional (SECI) realizado durante la etapa de formulación del programa.

El MINSA, a través de la División de Cooperación Externa y con el apoyo técnico de las restantes divisiones, realizó una gestión satisfactoria de la ejecución del Programa, creando las bases necesarias para desarrollar las estrategias comunitarias de salud establecidas en los alcances; así mismo asignó los recursos de contraparte de Programa, mediante la captación de personal comunitario y asignación de recursos a los SILAIS para la extensión de cobertura.

La implementación técnica del programa se basó en el establecimiento por parte de MINSA de sus propios mecanismos de seguimiento para lograr los productos previstos en los plazos establecidos (visitas de acompañamiento a equipos de salud y red de comunitaria, talleres de facilitadores, reuniones de seguimiento de articulación y seguimiento; formación en cascada y revisiones locales del funcionamiento de las estrategias); esta estrategia de monitoreo, permitió cumplir con éxitos su cierre en el plazo previsto.

Es meritorio el desempeño del prestatario en la implementación del componente de optimización del Talento humano, el cual implicaba gestiones internas, negociación y coordinación con el sindicato de los trabajadores, logrando ejecutar el 85% del componente en los primeros dos años.

El MINSA, aseguró el seguimiento de los indicadores de productos, considerando que la auditoría técnica de calidad daba respuesta a la evaluación del Programa. Sin embargo, es importante que el ejecutor pueda también mejorar el seguimiento a los indicadores de resultados del programa y a su evaluación. No obstante, esta situación no causó mayor problema en los resultados del programa.

#### **IV. Hallazgos y recomendaciones**

##### **4.1 Dimensiones 1 a 5**

###### **a. Dimensión técnico-sectorial**

El diseño del programa estableció una lógica vertical sólida, la cual se evidencia en su Matriz de Resultados que durante la implementación no se dieron cambios, a excepción de datos puntuales de línea base; así mismo su fortaleza se entiende al haberse formulado estrechamente vinculado a las estrategias institucionales de atención a la salud comunitaria, con lo cual se logró un rápido empoderamiento del ejecutor y que el programa fuese ejecutado en el plazo previsto. No obstante, el diseño consideró que el avance institucional en las estrategias comunitarias de salud iba a facilitar un rápido inicio, sin embargo, esto no fue posible dado que en los municipios seleccionados aún no se implementaban las estrategias, por lo que era necesario el desarrollo de etapas previas de ejecución<sup>23</sup>, que no fueron consideradas en el diseño como un riesgo, lo cual ubicó al Programa en su primer año como “Proyecto Problema” y pesé que al segundo año, mejoró su calificación<sup>24</sup>, igualmente no había iniciado la implementación de las estrategias comunitarias de salud en las comunidades de los municipios priorizados; fue hasta el tercer año que se logró su inicio efectivo.

---

<sup>23</sup> Censos comunitarios para definir población objetivo; contratación de personal; adquisición de insumos para censos e implementación de las estrategias; y actualización o elaboración de normativas técnicas.

<sup>24</sup> La mejora provino de la ejecución del producto de optimización del talento humano con la acogida de trabajadores al Plan de Retiro Voluntario.

El monitoreo y evaluación de los indicadores de resultados del Programa fue realizado durante el ejercicio de evaluación final, para lo cual el MINSA suministró base de datos para su análisis que permitieron determinar el cumplimiento de los indicadores; no obstante, no se logró obtener información de un indicador, el cual se obtiene por vía directa de encuesta que no es facultad de MINSA realizarla; la detección de ésta falta de datos hubiese sido posible identificarla en la evaluación intermedia, pero esta no fue realizada, dado que el ejecutor consideró que la que la auditoría técnica a los indicadores trazadores era suficiente; esta situación no afectó los logros del Programa, dado que su sólida lógica vertical, permitió que los productos desarrollados estuviesen alineados a los objetivos del programa.

En relación con los alcances del programa, no se presentaron factores ambientales o sociales que retrasara su implementación.

## **b. Dimensión organizativa y administrativa**

El Programa NI-L1081, fue la tercera operación del Banco que ejecutaba el MINSA, por lo cual, durante el diseño partió del supuesto que existía capacidades institucionales desarrolladas para la implementación del Programa, así mismo durante su implementación se aprobaron tres operaciones adicionales, lo cual representaba un reto institucional organizativo y administrativo, por lo que se estableció un plan de salvaguardas de la gestión para gestionar los riesgos operativos y organizativos institucionales. Este plan facilitó la gestión interna del Proyecto, a través de asignación de responsables institucionales, contratación de personal incremental tanto a nivel central, como comunitario para apoyar la ejecución del programa.

Así mismo, se estableció en la Propuesta de Préstamo que el mecanismo para implementar las transferencias por atenciones seguiría lo establecido para el Programa NI-L1054<sup>25</sup> (préstamo 2527/BL-NI); para lo cual se utilizaría el mismo costo unitario por atención y el porcentaje a ser financiado por el programa<sup>26</sup>; por lo que no se identificó, durante la formulación, ningún riesgo asociado a los productos del resultado 4 del programa. No obstante, los indicadores y comunidades incluidas bajo el NI-L1081 son diferentes a las del NI-L1054, por lo que la curva de aprendizaje del programa anterior no evitó el lento arranque de estos productos del Programa. Durante la implementación se identificaron los riesgos, asociados a: (i) deficiencia en los sistemas de información en salud para la recolección de datos estadísticos e implementación de costos per cápita por persona atendida (2013-2016); (ii) retrasos en procesos de adquisición de equipo básico clave que afectan la atención de las cuatro prestaciones establecidas en el programa (2016); y (iii) retrasos en los pagos de transferencias por la aprobación del manual de transferencias (2016); estos tres hallazgos fueron monitoreados durante la implementación, aplicado medidas para ser superados, tales como: (i) contratación de personal a nivel municipal y central para apoyar la implementación de las extensión de cobertura de servicios; (ii) apoyo en temas de adquisiciones mediante la asignación de una especialista contratada por el Banco; (iii) apoyo técnico en la revisión y ajuste del manual de transferencias; y (iv) mantener actualizado el estudio de costos. Estas acciones contribuyeron a mejorar la ejecución de las transferencias por extensión de cobertura de servicios; pero fue insuficiente para recuperar los casi dos años iniciales que demoró el inicio de las actividades en las comunidades de este segundo objetivo.

La coordinación general del Programa estuvo a cargo de la División de Cooperación Externa del MINSA y la responsabilidad técnica fue asumida por las Direcciones involucradas, en especial la Dirección General de Recursos Humanos y la Dirección General de Servicios de Salud, esta

<sup>25</sup> Párrafo 1.18 de la Propuesta de Préstamo.

<sup>26</sup> Párrafo 1.19 de la Propuesta de Préstamo.

última se encargó de la implementación de las estrategias comunitarias en la comunidades seleccionadas; así mismo, el acompañamiento técnico, fiduciario y de monitoreo del Banco en la gestión, facilitó la implementación del programa, no obstante la organización interna fue un reto a nivel de los SILAIS.

#### **c. Dimensión relacionada a procesos y actores públicos**

El Programa NI-L1081 no tuvo afectaciones vinculadas a procesos políticos, cambios institucionales, o sectores sociales que se opusieran a su ejecución.

No obstante, es importante señalar que la implementación del Plan de Optimización del Recurso Humano implicó un proceso de elaboración y divulgación<sup>27</sup>, representado por los trabajadores que se acogieron al Plan de Retiro Voluntario establecido en la cláusula XVIII, numeral II, incisos a) y b); y el numeral III del Convenio Colectivo y Salarial vigente del MINSA, el cual fue aprobado por el sindicato del Ministerio. El establecimiento de un Manual para la optimización del talento humano como anexo al Reglamento Operativo que rigió el Programa fue la base para el éxito de éste Programa, el cual implicó divulgación a diferentes niveles del ministerio, así como correspondencia directa a los trabajadores que cumplían los requisitos para acogerse al plan.

#### **d. Dimensión fiduciaria**

El Banco mantuvo asistencia técnica directa en temas de adquisiciones al ejecutor, considerando las capacidades limitadas del MINSA. De esta forma se superaron impases en procesos de contratación; en temas financieros la disposición de un sistema nacional de contabilidad supone la facilitación de los procesos; no obstante, esto representó, en el inicio, retrasos, dado los tiempos transaccionales que implicó los pagos del personal acogido al plan de retiro voluntario.

El organismo ejecutor no tuvo problemas en suministrar los recursos de contrapartida establecidos en la Propuesta de Préstamo, ya que ejecutó gastos muy encima del monto programado.

#### **e. Dimensión gestión de riesgos**

La matriz de riesgo establecida en la etapa de aprobación de la operación fue acertada; no obstante, este instrumento no fue actualizado durante el inicio y la ejecución del programa, siendo que al no realizarse este ejercicio se omitieron riesgos relevantes como el mencionado en la dimensión técnico-sectorial; así como la falta de monitoreo del plan de cierre de brecha del recurso humano identificado en la matriz de riesgo durante la aprobación del programa.

---

<sup>27</sup> El sindicato que aglutina a los trabajadores de la salud de Nicaragua es uno de los más fuertes del país, considerando que es el gremio con mayor presencia a nivel nacional.

**Tabla 4.1. Hallazgos y recomendaciones**

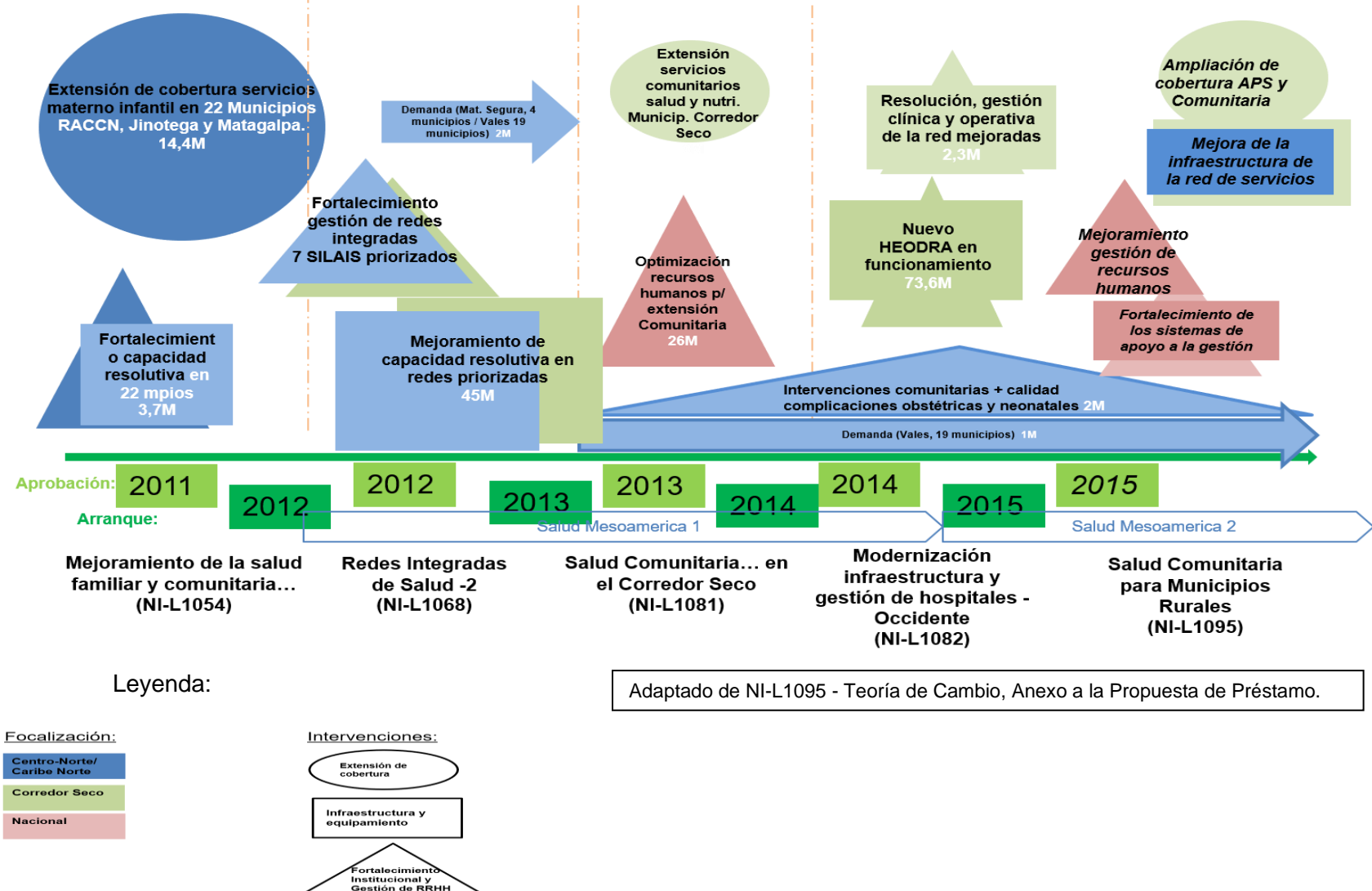
Hallazgos	Recomendaciones
<b>Dimensión 1: Técnico Sectorial</b>	
Hallazgo # 1 Los primeros dos años fue difícil su inicio, dado que las condiciones de ejecución a nivel de comunidades requirieron un proceso social de organización y creación de instrumentos para su implementación. Censos, definir población objetivo, requisitos para implementar las estrategias de PROCOSAN infantil y materno 20 a 25 niños/niñas menores de 2 años en una comunidad), normativas, insumos para implementación (balanzas, tallímetros). Esto hizo que la implementación propia en las comunidades iniciara en el 3er año, con las contrataciones de nutricionistas e inicio de las capacitaciones a la red	<p>Recomendación # 1 La formulación de los programas debe realizarse por etapas, considerando las preparaciones sociales requeridas en las comunidades, para definir las bases de implementación de las propias acciones del programa.</p> <p>Recomendación # 2 La MR debe considerar que al menos se requieren dos años para intervenir directamente en las poblaciones objetivos (poblaciones de zonas de difícil acceso (Criterios de priorización de municipios y comunidades rurales), en este sentido, durante la preparación del programa debe incluirse en el diseño propio de la operación acciones que permitan la generación de hitos iniciales requeridos para la puesta en ejecución real del programa, tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparación de condiciones organizativas comunitarias e institucionales</li> <li>2. Fase de entrenamiento de personal comunitario e institucional</li> <li>3. Fase de abordaje a los protagonistas, enseñanza/educación, divulgación sobre normas de cambios de comportamiento para mejoras de la salud y nutrición.</li> <li>4. Metodología de acompañamiento en los cambios de comportamiento comunitarios</li> <li>5. Metodología para la adopción de nuevos comportamientos en la comunidad.</li> </ol>
Hallazgo # 2 El seguimiento al Programa fue orientado en su mayoría a la operatividad y logro de los productos, los indicadores de resultados fueron evaluados y revisados como parte del cierre del Programa; así mismo la no realización de la evaluación intermedia no permitió validar que las acciones realizadas eran consistentes con la lógica vertical del Programa y tampoco identificar las acciones que permitieran disponer de datos para realizar la evaluación del Programa.	Recomendación # 3 Se debe orientar al ejecutor tener como herramienta de seguimiento el Plan de Monitoreo y Evaluación que forma parte de los documentos del Programa, a efecto de irlos monitoreando y prever acciones para la disposición de datos que permitan evaluar el Programa. Así mismo se debe mejorar la administración de las cláusulas contractuales, las cuales establecen las obligaciones del ejecutor de reportar avances de los indicadores e informes de evaluación requeridos y establecidos en el contrato de préstamo.
Hallazgo # 3 La neumonía tiene 19 formas de presentarse, y conforme a entrevistas a personal de salud del SILAIS de Matriz y de la Dirección de Servicios de Salud se informa que la variabilidad climática está incidiendo en el repunte	Recomendación # 4: Es importante considerar en el diseño de los programas las diversas variantes que puede presentar una misma enfermedad y en función de esa variabilidad establecerse los indicadores a monitorear.

Hallazgos	Recomendaciones
de casos de neumonía, no solo en Madriz, sino a nivel de todo el país.	
Hallazgo # 4 La optimización del talento humano fue ejecutada a nivel nacional (plan de retiro y captación de nuevos recursos), no obstante, el resultado del Programa, vinculado a éstas acciones, se enmarcó en los municipios priorizados; estas diferencias de implementación geográfica no contribuyó a enfocar acciones orientadas al cierre de brecha de recursos humanos en los municipios priorizados por el Programa.	Recomendación # 5 Establecer con mayor precisión un programa de cierre de brecha de recursos humanos en función del área priorizada, complementado con conocimientos y equipos y materiales para ejercer la función de provisión de servicios.
<b>Dimensión 2: Organizativa y Administrativa</b>	
Hallazgo # 5 Mecanismos para la difusión, apropiación y toma de decisión de las distintas áreas del MINSA y para su funcionamiento como equipo integrado son deficientes, resultando en demoras en la planificación, ejecución y reporte ante el Banco.	Recomendación # 6 Articulación con los equipos municipales y de SILAIS para micro-planificación es importante para lograr el compromiso con los indicadores. Así como el establecimiento de un sistema de alertas tempranas para tomar medidas preventivas y correctivas.
Hallazgo # 6 La formulación del Programa, partió del supuesto que las transferencias por extensiones de servicios se realizarían bajo el mismo esquema de una operación anterior (préstamo 2527/BL-NI). Sin embargo, por ser diferentes indicadores; municipios y sectores, el MINSA no disponía de la organización de la red comunitaria, el equipamiento de la red comunitaria para levantamiento de información para iniciar su implementación desde el primer año por lo que fue a finales del segundo año que se empezó a realizar las primeras transferencias por atenciones	Recomendación # 7 Durante la formulación del Programa se debe realizar un diagnóstico de los instrumentos, dotación de materiales, como acciones previas requeridas, que faciliten el análisis de la capacidad de implementación de acciones que involucren acciones a nivel municipal e identificar los riesgos asociados a los alcances previstos, así como validar los supuestos de ejecución que se establezcan.



## Anexo 1. Lógica programática de la Cartera de Salud en Nicaragua 2011-2015

### 1. Gráfico: Intervenciones por proyecto



**2. Análisis de relevancia del diseño de las tres operaciones: Mejoramiento de la Salud familiar y Comunitaria (NI-L1054); Redes Integradas de Salud-2 (NI-L1068); y Corredor Seco (NI-L1081)**

La lógica vertical de las operaciones estuvo sustentada en el diagnóstico de tres problemáticas que afectan cobertura y calidad de la atención de salud –principalmente en comunidades vulnerables que registraban niveles elevados de pobreza y exclusión social. En primer lugar, la situación de los indicadores de salud como la mortalidad materna y neonatal, que, a pesar de mostrar reducciones importantes, se encontraban por encima de la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En segundo lugar, las brechas de acceso a los servicios de salud, ya que datos de la cobertura mostraban que las zonas rurales no solo tenían un acceso considerablemente menor, sino que también tenían una mayor incidencia de la pobreza. En tercer lugar, la necesidad de fortalecer las acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención.

Para responder a esta problemática y mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables, los programas implementados buscaron fortalecer un conjunto de atenciones de salud de buena calidad en territorios priorizados por su alta vulnerabilidad a través de: (i) mejoras en la capacidad de los establecimientos de salud y del personal, en especial en perfiles técnicos y de enfermería; (ii) apoyo a los equipos del MINSA en los territorios para implementar las estrategias comunitarias; (iii) fortalecimiento de la gestión institucional; y (iv) fortalecimiento del sistema de registros y del uso de la información epidemiológica para mejorar la atención comunitaria.

La cadena causal definida al momento del diseño de las operaciones mantuvo relevancia a lo largo de toda la fase de ejecución. Al momento del diseño, se planteó que para mejorar la cobertura y calidad de las atenciones en los servicios de salud era necesario formular acciones simultáneas para abordar la problemática descrita anteriormente. La cadena causal propuesta al momento del diseño de las operaciones consideró que, al mejorar la calidad de la atención y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en las zonas priorizadas, las operaciones generarían resultados positivos en el estado de salud y bienestar de las poblaciones más vulnerables.