

Informe Final

**EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO BILATERAL “MEJORA DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN JINOTEGA Y LA RAAN
(MINSa – AECID)”**

**Presentada por Ortega y Asociados, SA.
(Instituto de Investigaciones ITZTANI)**

**Coordinación: Aracely Trejos
Investigador: Marvin Ortega**

Índice

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | Siglas, Acrónimos | 2 |
| 2 | Resumen Ejecutivo..... | 3 |
| I. | Introducción | 8 |
| II. | Metodología | 9 |
| III. | Evaluación del Proyecto | 11 |
| 3.1 | Formulación y diseño | 11 |
| 3.2 | Gestión del proyecto | 19 |
| 3.3 | Resultados | 28 |
| 3.1.1 | Objetivo General..... | 29 |
| 3.1.2 | Objetivo Específico | 31 |
| 3.1.3 | Resultado 1..... | 33 |
| 3.1.4 | Resultado 2..... | 37 |
| 3.1.5 | Resultado 3..... | 38 |
| 3.1.6 | Resultado 4..... | 40 |
| 3.1.7 | Resultado 5..... | 46 |
| 3.1.8 | Resultado 6..... | 47 |
| 3.1.9 | Resultado 7..... | 50 |
| 3.1.10 | Otros Resultados | 53 |
| IV. | Conclusiones y Recomendaciones | 55 |
| V. | Lecciones Aprendidas..... | 58 |
| Anexo 1. | Matriz comparativa: documento original proyecto; y matriz ajustada POA 2009 | 60 |
| Anexo 2. | Bibliografía..... | 67 |
| Anexo 3. | Personas entrevistadas | 69 |
| Anexo 4. | Matriz de indicadores DDSSRR: seguimiento en las Unidades de Salud Municipal..... | 72 |
| Anexo 5. | Temas de capacitación sobre salud sexual y reproductiva | 75 |

SIGLAS, ACRÓNIMOS

| | |
|----------|---|
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| AID | Agencia Interamericana de Desarrollo |
| AIMNA | Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia |
| ANESVAD | Organización no Gubernamental Española para el Desarrollo |
| BIM | Brigadas Integrales Móviles |
| CaCu | Cáncer Cérvico-Uterino |
| CAMAJ | Casas Municipales de la Juventud |
| CENIDH | Centro Nicaragüense de Derecho Humanos |
| CGE | Censo Gerencial de la Embarazada |
| CM | Casa Materna |
| DDSSRR | Derechos Sexuales y Reproductivos |
| DGECA | Dirección General de Extensión de Cobertura y Calidad |
| DPSV | Destrezas para Salvar Vidas |
| ECMAC | Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos |
| ENSSR | Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva |
| F-ODM | Fondos Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| FUDEN | Fundación para el Desarrollo de la Enfermería |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| JICA | Agencia Japonesa de Desarrollo (por sus siglas en inglés) |
| LIE | Lesión Inter Epitelial |
| MASIRAAN | Modelo de Salud Intercultural de la Región Autónoma del Atlántico Norte |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MOSAFC | Modelo de Salud Familiar y Comunitario |
| ONGs | Organizaciones No-Gubernamentales |
| ONUMUJER | Entidad Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PGR | Presupuesto General de la República |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| POA | Plan Operativo Anual |
| PPMS | Plan de Parto para una Maternidad Segura |
| PROCOSAN | Programa Comunitario de Salud y Nutrición |
| RAAN | Región Autónoma del Atlántico Norte |
| SIDA | Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida |
| SILAIS | Sistema Local de Atención Integral en Salud |
| SM&E | Sistema de Monitoreo y Evaluación |
| SSR | Salud Sexual y Reproductiva |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) |
| UNICEF | Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) |
| VIH | Acrónimo del Virus de Inmunodeficiencia Humana |

RESUMEN EJECUTIVO

Las metas del proyecto resumen los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, elaborada e implementada por el Gobierno de Nicaragua a partir de 2008, de manera que el proyecto por su contenido es pertinente y oportuno con las estrategias nacionales en el tema, y con las prioridades del Plan Director de la Cooperación Española, que asume la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las personas como derechos humanos.

El proyecto fue diseñado en 2007 y se previó la consecución de cinco resultados; cuando se elaboró el POA de 2009, los resultados se ajustaron a siete, ya que el MINSA en 2008 amplió el número de objetivos de la Estrategia a ser considerados en el proyecto (En anexo 1 la matriz de planificación original del proyecto y la matriz ajustada a partir del POA de 2009).

Los ajustes del POA 2009 han permitido mayor claridad entre las contrapartes sobre lo que se debería hacer para la ejecución del proyecto. La población beneficiaria directa establecida por el proyecto fueron los trabajadores de la salud, miembros de las redes comunitarias y el liderazgo comunitario, docentes y religiosos; la población que recibe la atención del proyecto se considera beneficiarios indirectos; sin embargo el objetivo general, el específico y los resultados están dirigidos a medir las intervenciones sobre DDSRR en la población y no en los beneficiarios directos, lo que nos remite a la consideración de que el enfoque del proyecto no siguió una visión lógica, lo que provoca dispersión por falta de coherencia interna.

Se detectó evidencia de acciones de complementariedad entre este proyecto y otros de la cooperación española, así como con esfuerzos apoyados por la cooperación internacional, y otros dirigidos desde la sociedad civil, promoviendo la alineación con las prioridades nacionales y la armonización de la cooperación para no repetir esfuerzos, lo que a su vez se revierte en el fortalecimiento de las perspectivas de su viabilidad y sostenibilidad.

En ese sentido el proyecto se insertó en el MOSAFC y MASIRAAN para implementar la ENSSR, y los diversos componentes que de ahí se derivaban, como Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA); VIH/SIDA; Prevención y Atención de Cáncer, entre otros. Siendo responsable de su ejecución la DGECA y las respectivas direcciones y subdirecciones de los SILAIS como entidades encargadas de la ejecución de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional y territorial.

La matriz de planificación no incluyó la visibilidad del fortalecimiento de capacidades de las y los beneficiarios/as directos, así como tampoco se encuentran registrados la infraestructura y el equipamiento facilitado por el proyecto. Sin embargo, en los informes anuales de ejecución de los POAs se encuentran registradas como actividades realizadas las adquisiciones de equipos médicos, de computación, educativos, para transporte, la infraestructura; etc.

Los procesos de participación, tanto en el diseño como en las programaciones anuales, especialmente para la elaboración de los POAs, involucraron sobre todo a personal de salud de las líneas de mando central y de los SILAIS, y a los equipos municipales de las unidades de salud (Directores de Hospitales, Policlínicos y Centros de Salud; y responsables de componentes y áreas). En este proceso se involucraron las organizaciones de mujeres

vinculadas al proyecto y las responsables de las Casas Maternas. No tuvieron la misma dinámica participativa los trabajadores de base y otros beneficiarios directos señalados por el proyecto, como las personas que constituían la Red de Salud Comunitaria, maestras y maestros y liderazgo religioso, que fueron claves para la ejecución de la ENSSR en las comunidades, sobre todo porque sus responsabilidades cotidianas directas permanentes con la población, muchas veces fuera de los Hospitales y Centros de Salud, les impedían vincularse a estos procesos de manera sistemática. Aunque se debe señalar que la elaboración del POA anual tenía como base las demandas que venían desde las comunidades, todas ellas transmitidas por medio del personal de salud de base, la Red de Salud Comunitaria, los y las maestras y líderes y lideresas religiosas.

El trabajo del proyecto estuvo orientado, en los territorios seleccionados, a la implementación de la ENSSR y sus líneas de intervención: disminución de la Mortalidad Materna, el Enfoque de trabajo con adolescentes, con la finalidad de prevenir y abordar el embarazo precoz y/o impuesto, la detección y atención del Cáncer cérvico-uterino y de mamas, la Red Comunitaria de atención con sus programas ECMAC y la propuesta del mini ECMAC (con adolescentes), y del Plan Parto. Los componentes relativos a la Violencia de género y a ITS/VIH resultaron más lejanos del campo de actuación de AIMNA, con una no muy destacada vinculación con la Mortalidad Materna, ni con las prioridades más relevantes. Las Casas Maternas como parte de la estrategia de prevención de las muertes maternas han sido altamente valoradas como un filtro real de prevención.

El proyecto no introdujo cambios en el modelo de gestión de los SILAIS, adaptándose, para el cumplimiento de sus objetivos, a los procesos establecidos institucionalmente por el MINSA. En términos de la planificación anual se pudo constatar que en la elaboración del POA se definían las actividades a realizarse durante el año en el tema de derechos a la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los objetivos y metas planteados por la ENSSR del MINSA y las necesidades identificadas por las unidades de salud de los diferentes municipios de la RAAN y Jinotega, que a su vez respondían a los objetivos planteados por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR).

La elaboración del POA fue en ese sentido un proceso de doble vía donde se priorizaban y consensaban las necesidades de cada municipio y sus equipos, y a partir de las cuales se asignaban los recursos del proyecto.

Fue muy importante para la gestión del proyecto la organización en la dirección del mismo, encabezada por el MINSA a través de la Dirección General de Extensión de Cobertura y Calidad, DGECA, de una estructura de co-dirección asumida por AECID, que facilitaba las tareas de ejecución del proyecto a nivel central.

También enfrentó dificultades que en algunos momentos arriesgaron la eficiencia de su ejecución, unas por el lado de las capacidades institucionales relacionadas con la Ley de Contrataciones del Estado, y la otra relacionada con los procesos de monitoreo de los objetivos y metas de la matriz de planificación.

Estas dificultades fueron superadas vía el fortalecimiento de las capacidades institucionales, aunque persistieron a lo largo de la ejecución dificultades para el funcionamiento del sistema de M&E.

El apoyo del proyecto significó el 11 % del presupuesto de los dos SILAIS en 2011. Para 2008, 2009 y 2010 no se logró información del presupuesto anual nacional de los dos SILAIS, de manera que no se pudo calcular el porcentaje que significa el proyecto en los presupuestos de esos años.

El proyecto apoyó en la RAAN y Jinotega para llevar la atención en salud sexual y reproductiva a la población más pobre de sus municipios, fortaleciendo las capacidades técnicas del personal de salud (incluyendo a las parteras y el personal de los movimientos de mujeres y casas maternas), actividades de atención a la población en las comunidades, especialmente a mujeres y jóvenes; dotación de equipamiento, de infraestructura y estudios sobre la temática de la salud sexual y reproductiva.

Además fue eficiente en el cumplimiento de los objetivos planteados, fomentado el ejercicio de los DDSSRR en la población del Departamento de Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte; y mejorando el acceso de la población de Jinotega y la RAAN, a los servicios de SSR desde un enfoque de género, generacional y étnico.

Fue muy importante el apoyo a la construcción de Casas Maternas, y el fortalecimiento de sus equipos de trabajo y la promoción de comisiones de gestión de las mismas; la mejora del diagnóstico y atención a mujeres con cáncer; y del diagnóstico del VIH/SIDA. En casos puntuales el proyecto apoyó la contratación de personal técnico especializado en las estructuras del MINSA, para actividades que le correspondían desarrollar (al MINSA) para garantizar la implementación de la ENSSR.

Las unidades de salud de los SILAIS aportaron el personal técnico, la infraestructura de salud territorial, la capacidad organizativa y las relaciones con las comunidades; pero especialmente la voluntad del personal de trabajar en condiciones difíciles en comunidades rurales y étnicas, que no cuentan con infraestructura vial, y que han sido tradicionalmente abandonadas en la atención de salud, especialmente de la salud sexual y reproductiva.

El proyecto tuvo un impacto positivo en la convocatoria de los distintos actores del territorio, mejorando la convocatoria institucional y su propia capacidad administrativa y de gestión, pudiendo intervenir en territorios alejados, cuya atención demanda modelos de organización ágiles, capaces de reaccionar rápido y con eficacia, de manera que se potencien los recursos humanos y técnicos al servicio de la atención de la salud de las mujeres.

El proyecto se desarrolló sin necesidad de cambios en la población beneficiaria o en las condiciones institucionales de atención en salud en los territorios beneficiados con la intervención.

Su cobertura incluyó las comunidades más alejadas, complejas para ser atendidas por estar retiradas de las vías de comunicación y dispersas en territorios extensos. Por eso mismo un esfuerzo de cuatro años enfrenta dificultades de lograr mejoras en la salud sexual y reproductiva de las personas que no tengan retrocesos. Pero se puede señalar que el proyecto ha posibilitado que la ENSSR se haya acercado a la población más alejada, más vulnerable, la que vive en las condiciones de mayor marginalidad.

Los factores que contribuyeron al logro de los objetivos y resultados están vinculados, tanto a la pertinencia del proyecto, como a la agilidad y flexibilidad con que se ejecutó, que priorizó las acciones de la ENSSR tomando en cuenta las demandas, necesidades y prioridades de los territorios, con un enfoque práctico, participativo, que involucró en la toma de decisiones a los agentes de salud de los municipios.

En algunos casos no se lograron alcanzar algunas de las metas propuestas porque el diseño del proyecto se planteó resultados muy complejos y ambiciosos de ser sostenibles durante un espacio de 4 años. No se registran, en ese sentido, durante la ejecución, dificultades que puedan ser atribuibles a la naturaleza del proyecto; por el contrario, existe consenso entre las autoridades de salud locales y nacionales, de que el proyecto, que se constituyó en una especie de proyecto piloto de la SSR, sentó las bases para la sostenibilidad futura de sus acciones, contribuyendo al fortalecimiento de las instituciones locales y nacionales del país para la aplicación de la ENSSR.

Los sistemas de M&E para la recopilación y sistematización de los indicadores de cumplimiento de los objetivos y resultados propuestos en el proyecto, que permitieran medir el impacto del mismo, no tienen todos el mismo grado de calidad. No se logró siempre información de calidad, de manera que algunos indicadores se encuentran con información incompleta, o poco confiable, o de divulgación restringida.

No existe una experiencia anterior que pudiera dar pistas para establecer una relación entre el coste de las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos. Por primera vez se logró llevar el mensaje del derecho a la salud sexual y reproductiva y a una vida libre de violencia, a comunidades aisladas, donde se encuentra entronizada una visión patriarcal, machista y autoritaria, que se constituye en fuente de negación de los DDSSRR, y de la violencia basada en género.

Es importante destacar que el proyecto tuvo como la principal receptora de su atención a las mujeres, y que se mantuvo un enfoque de atención que privilegiaba jóvenes y adolescentes y los grupos étnicos miskitos y mayagnas.

Por lo menos 154,502 familias recibieron atención del proyecto; las trabajadoras de la salud estiman que por lo menos el 70 % de las personas adultas atendidas son mujeres, pero los datos no se presentan desagregados por sexo. En las comunidades se organizaron brigadistas de salud, parteras y colaboradores voluntarios; y mujeres y hombres voluntarios, realizaron actividades educativas en sexualidad entre sus pares.

Jóvenes y adolescentes, mujeres y hombres, se organizaron para recibir anti conceptivos, y en planificación familiar se atendieron a lo largo de los 4 años cinco veces más jóvenes que las atendidas antes de 2008.

La ENSSR trabajó en comunidades de población rural mayoritariamente miskita (más del 90 %) en Puerto Cabezas, Waspán y Prinzapolka de la RAAN; y municipios con fuerte presencia de mayagnas y miskitos que representan más del 80 % de la población rural, en Rosita y Bonanza. En Bocay y Wiwilí, en Jinotega, entre la población rural hay presencia mayoritaria de población miskita y mayagna.

En la prevención del embarazo adolescente la ENSSR contribuyó, en los territorios de incidencia y durante los 4 años de ejecución del proyecto, a la mejorar la atención para la disminución de la fecundidad, con respecto a 2007.

La mortalidad materna tuvo avances y retrocesos diferentes en los dos territorios entre 2008 y 2011. En el período, en la RAAN, se registra aumento de las muertes maternas, mientras en Jinotega hay disminución. Un dato importante a registrar, sin embargo, es que en la mortalidad materna tiene un peso mayoritario la muerte de adolescentes.

En algunos de los resultados y sus indicadores la información estadística de la ENSSR tiene sub-registros muy grande, especialmente en la atención al VIH-SIDA, el cáncer de mamas y cérvico-uterino.

Pero se registra un crecimiento en la cobertura del PAP, especialmente entre mujeres rurales, aumentando significativamente durante los 4 años del proyecto.

Sobre la violencia basada en género los avances más importantes se registran en el trabajo de las organizaciones de mujeres en los territorios, aunque a nivel del MINSA creció la atención y los registros institucionales sobre este flagelo.

Se registran avances en la sensibilización del personal de salud y la población frente la violencia de género, especialmente en la formación del personal de salud en las nuevas normas de atención y prevención de la Violencia Intra Familiar (VIF) y la violencia sexual, y en los flujogramas de atención.

El equipo de evaluación confirmó que los resultados del proyecto no han sido difundidos, no hay hasta ahora publicaciones impresas sobre sus realizaciones en el momento de la evaluación. Pero pudo constatar que se realizaron diferentes estudios durante la ejecución del proyecto, que están en proceso de edición y serán accesibles vía electrónica¹.

La continuidad de los resultados de la implementación de la ENSSR en el marco del proyecto, tiene como garantía el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y del equipamiento al sistema de salud, logrado durante su ejecución, así como el hecho de que el país ha construido y se encuentra impulsando una estrategia de salud sexual y reproductiva. Es muy temprano para decir si se mantendrá la capacidad del MINSA para ampliar la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva en los territorios en los que intervino el proyecto. Continúan las acciones y existen proyectos de la cooperación internacional que actúan sobre los mismos objetivos de la ENSSR, sobre los que se impulsó el proyecto mejora de los DDSSRR.

¹ Ver lista de estudios y diagnósticos en Anexo.

I. Introducción

La evaluación del proyecto “Mejora del Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos” se llevó a cabo en los municipios de Jinotega, La Concordia, San Rafael del Norte, Yalí, El Cua, Bocay, Pantasma y Wiwilí en el departamento de Jinotega; y en Bilwi, Waspán, Siuna, Prinzapolka, Rosita y Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Los dos territorios fueron seleccionados por el MINSA porque en 2007 eran SILAIS con indicadores de salud sexual y reproductiva de alto de riesgo.

El proyecto recibió el apoyo de la Cooperación Española y responde a la ejecución de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de Nicaragua, aprobada en 2006 y reajustada en 2008.

El informe está dividido en cinco capítulos, precedidos de la presentación de la metodología utilizada durante la evaluación.

En el primer capítulo se analiza la formulación y el diseño del proyecto, desde los criterios de su pertinencia, coherencia, viabilidad, alineamiento, armonización, apropiación y participación, tal como se demanda en los Términos de Referencia.

El capítulo segundo aborda la gestión del proyecto, analizando su pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto, viabilidad, apropiación, alineamiento, armonización, participación y cobertura.

El tercer capítulo analiza los resultados desde los criterios de pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto, viabilidad, armonización, participación y cobertura.

En el cuarto y quinto capítulo se abordan las conclusiones y recomendaciones y las lecciones aprendidas.

Se presentan además como anexos la matriz de planificación tal como se concibió en el proyecto original, comparando los cambios ocurridos a partir de la elaboración de su primer POA en 2009; la documentación utilizada para la evaluación y las listas de personas entrevistadas en los dos territorios. Finalmente, también, como anexo se incluye los TdR de la evaluación.

II. Metodología

En la propuesta técnica se planteó que la evaluación tendría un enfoque integral, contemplando, tal como solicitaban los TdR, todas las etapas de la intervención; de ahí que se abordarían las tres fases de la ejecución del proyecto: formulación y diseño, gestión del proyecto y resultados.

Para la formulación y diseño la evaluación se planteó como punto de partida las políticas públicas y estrategias del Ministerio de Salud en Nicaragua, especialmente la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y los lineamientos y estrategias de la Cooperación Española, evaluando, de manera particular, la calidad de la identificación y formulación del proyecto, los indicadores señalados y las herramientas e instrumentos diseñados para conseguir los objetivos y resultados previstos; con énfasis en los criterios de pertinencia, coherencia, viabilidad, alineamiento, armonización, apropiación y participación.

En la Gestión del Proyecto la evaluación se propuso el estudio y análisis de la estructura institucional del proyecto, especialmente su capacidad de planificación, coordinación y gestión de los actores, y los mecanismos de gestión de las distintas líneas de actuación que desarrolla el proyecto, referidos a la implementación de actividades, criterios de selección de procedimientos, herramientas y procesos administrativos llevados a cabo; utilizando como criterios de análisis en la evaluación la pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto, viabilidad, apropiación, alineamiento, armonización, participación y cobertura de las acciones del proyecto.

En la evaluación de Resultados se consideró como referencia los objetivos, resultados e indicadores planteados, y los impactos del proyecto en sus beneficiarios y beneficiarias. Los criterios de análisis tienen su énfasis en la pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto, viabilidad, armonización, participación y cobertura.

Se plantearon tres mecanismos de evaluación: la revisión, sistematización y análisis de la documentación del proyecto y de sus bases de datos estadísticos (En anexo 3 bibliografía consultada); la realización de entrevistas institucionales, individuales y colectivas, con los trabajadores y trabajadoras de la salud vinculadas a la ejecución del proyecto; y realización de grupos focales con estas mismas personas, seleccionadas según su papel en la intervención en los territorios (En Anexo 2 personas entrevistadas).

Se realizó inicialmente una primera revisión documental, que incluyó 36 documentos diferentes. Además se ha tenido acceso a hojas estadísticas de los Hospitales, Policlínicos y Centros de Salud, sobre la ejecución de acciones del proyecto. (En anexo 3 los documentos revisados).

El trabajo de campo se realizó en Managua, la Región Autónoma del Atlántico Norte y Jinotega.

Las entrevistas realizadas en Managua se llevaron a cabo entre el 11 de abril y el 7 de junio. (En anexo las personas entrevistada).

En la RAAN se realizaron visitas a los 3 municipios mineros: Siuna, Rosita y Bonanza; y al de Prinzapolka; y los municipios de Puerto Cabezas y Waspán. El trabajo de campo se ejecutó entre el 14 y el 25 de mayo de 2012.

Se realizaron entrevistas individuales, entrevistas colectivas y grupos focales en los municipios, que incluyen 42 personas (En anexo 4 las personas entrevistadas).

En Jinotega se realizaron entrevistas en los municipios de Jinotega, Bocay y El Cua entre el 31 de mayo y el 2 de junio. En una segunda visita al territorio comprendida entre el 4 al 7 de Junio se visitaron los municipios de Pantasma, Wiwilí y Jinotega (En anexo 4 las personas entrevistadas).

Se consideró en el diseño de la Evaluación realizar un conjunto de técnicas para acceder a la información de primera mano con las personas consideradas actoras claves en el diseño, ejecución y evaluación del proyecto Mejora del Ejercicio de los DDSSRR, tomando además en cuenta que los SILAIS de Jinotega y la RAAN se encargarían respectivamente de apoyar la coordinación y convocatoria; no obstante, no siempre fue posible conseguirlo, por lo que se sufrieron atrasos y algunas visitas resultaron fallidas, como la de Wiwilí y otras no pudieron ser realizadas, como las de San Rafael, La Concordia y Yalí; así como tampoco se logró entrevistar a los alcaldes vinculados al proyecto en ambos territorios.

Para el trabajo de campo en Managua fue igualmente difícil conseguir entrevistas con el personal de DGECA y de Planificación del MINSa. Se había previsto hacer estudios comparativos de la información apropiada, pero no se logró la totalidad deseada.

Tanto en Managua, como en el terreno, tampoco fue posible contactar con personal del sector de la cooperación internacional (Finlandia, Luxemburgo, ANESVAD). Pero se logró entrevistar a proyectos e instituciones apoyados por la cooperación internacional, que trabajan en el tema de los derechos a la salud sexual reproductiva, de manera particular en la reducción y prevención de la muerte materna y la violencia basada en género.

Se utilizó la información institucional publicada en los informes de la gestión de salud de 2010 y 2011 por el MINSa, así como la información registrada y sistematizada por los SILAIS de la RAAN y Jinotega.

No tuvimos acceso a la información pertinente producida y actualizada por el personal del sistema de salud del MINSa, que no había sido oficializada para 2011, aspecto que este equipo de evaluación ha considerado una debilidad del proceso de evaluación, pues entre ella se encontraba información básica para valorar los avances y medir el rendimiento del proyecto de acuerdo a su marco lógico, por lo que al prescindir de su uso, la comparación lógica de lo obtenido contra lo que fue previsto no se ha podido verificar siempre convenientemente.

Sin embargo se tuvo acceso a información, específica para algunos temas del proyecto, que ha sido de mucha utilidad, tanto por ser generada en los territorios y sistematizada por los SILAIS, como por la oportunidad que se tuvo de discutirla y valorarla en el terreno.

III. Evaluación del Proyecto

3.1 Formulación y diseño ²

Mejorar la salud materna es uno de los objetivos de desarrollo del milenio que enfatiza de manera específica la salud de la mujer, especialmente la salud sexual y reproductiva. Los gobiernos a nivel mundial han establecido como meta reducir la mortalidad materna entre 1990 y 2015, en tres cuartas partes, y uno de los indicadores definidos para el seguimiento de dicha meta es la razón de mortalidad materna. En términos generales, la mortalidad materna afecta a las mujeres más pobres, con bajo nivel de instrucción formal y las residentes en zonas rurales.

Vinculado al tema de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer se encuentran, como parte de las metas que persiguió el proyecto, la reducción de la mortalidad materna, el acceso a la educación sexual integral, la reducción de la tasa de fecundidad de las adolescentes, la adopción de conductas responsables sobre la sexualidad, el acceso a los métodos anticonceptivos y la información sobre los métodos de planificación familiar, la cobertura del control prenatal, la cobertura del parto institucional, la atención a la epidemia del SIDA, la atención a las víctimas de violencia de género; y la atención al cáncer de mamas y cérvico-uterino.

Todas estas metas las contiene la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ENSSR, elaborada e implementada por el Gobierno de Nicaragua a partir de 2008³. De ahí que el proyecto por su contenido es pertinente y oportuno ya que trata de la aplicación en Jinotega y la RAAN de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El proyecto fue diseñado en 2007 y se previó la consecución de cinco resultados⁴; cuando se elaboró el POA de 2009, los resultados fueron ajustados a siete⁵, ya que el MINSA amplió el

² Se evaluará el diseño del Proyecto dentro de los lineamientos de la Cooperación Española y de las políticas públicas y estrategias del Ministerio de Salud en Nicaragua. Además se evaluará la calidad de la identificación y formulación del proyecto, los indicadores señalados y las herramientas e instrumentos diseñados para conseguir los resultados y objetivos previstos. Igualmente se prestará atención a la distribución y asignación presupuestaria estimada por el proyecto en un inicio.

³ La ENSSR fue aprobada en 2006; y ajustada por el nuevo gobierno del FSLN en 2008.

⁴ Resultados en el diseño original 2008.

1. Reducida la Mortalidad Materna y perinatal
2. Mejorado el conocimiento de la situación sobre ITS/VIH y SIDA y contenido el avance de la epidemia.
3. Disminuido el número de embarazos no deseados
4. Mejorada la prevención y atención de la violencia de género entre la población de Jinotega y la RAAN
5. Disminuida la morbilidad de los tumores malignos del aparato reproductor femenino y masculino.

⁵ Los nuevos resultados del proyecto ajustados por el POA 2009 fueron los siguientes:

1. Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente (antes resultado # 4: disminuido el número de embarazos no deseados en mujeres jóvenes y adolescentes)
2. Promover la sexualidad responsable y sana con acceso a la educación sexual integral y científica. (nuevo, pero era parte del resultado # 4)
3. Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos (era parte del resultado 1 y 4)

número de objetivos de la Estrategia a ser considerados en el proyecto, cumpliendo el proyecto, de esta forma, con el principio de alineamiento; también se reformularon los indicadores para que fueran los mismos que se encuentran implícitos para medir los progresos de la ENSSR, tanto a nivel central como en los SILAIS. De esta manera se intentó no duplicar información ni el trabajo estadístico y administrativo que tienen los territorios. Además, fueron incluidos otros indicadores de procesos, para tener la oportunidad de medir las acciones del proyecto en temas, por ejemplo, de educación sexual, fecundidad de adolescentes, conductas responsables sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, planificación familiar, VIH-SIDA, violencia de género, cáncer de mamas y cérvico-uterino.

En cuanto a las actividades se produjeron ajustes en las mismas, derivadas, sobre todo, del cambio en el número de resultados previstos, que a su vez respondieron a cambios sugeridos por los SILAIS, las unidades de salud municipales y el equipo técnico del proyecto.

Los ajustes realizados a partir del POA 2009 han permitido mayor claridad entre las contrapartes sobre lo que se debería hacer para la ejecución del proyecto, especialmente en los municipios, donde las diferentes autoridades de las unidades de salud han intervenido de una manera muy participativa en el diseño de los planes de trabajo y las actividades, que a su vez se han derivado de los planes de necesidades y oportunidades identificadas por ellos mismos.

Desde el punto de vista del diseño, la intencionalidad del procedimiento ha sido adaptarse y adoptar el principio de alineación de la cooperación internacional a los procesos nacionales y, además, en este caso, facilitar los medios para que el MINSa inicie el proceso de aplicación de la ENSSR (aprobada en 2006 y ajustada a finales de 2008), permitiendo aprovechar el proyecto a nivel de pilotaje. Para fortalecer el alineamiento del proyecto se llevó a cabo en la fase de elaboración, el diagnóstico sobre la “Situación de la Salud Sexual y Reproductiva en la RAAN y Jinotega”; se tomó como referente el capítulo III de la ENSSR sobre la Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, y los registros de esta experiencia acumulada en los SILAIS y a nivel central del MINSa, particularmente los de AIMNA.

Durante la ejecución del proyecto se realizaron diferentes estudios, sondeos, indagatorias, y diagnósticos propiamente dichos, de forma puntual o periódica, que permitieron profundizar en la situación, necesidades y posibilidades de las temáticas de referencia a los resultados del proyecto, tales como el “Mapeo de las instituciones y organizaciones que trabajan en salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes”; “Atención integral a la adolescencia” - Producción de Servicios, SILAIS Jinotega; “Análisis de la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos”; “Metodologías para el análisis y prevención de las muertes maternas en la RAAN”; “Diagnostico organizacional de la Casa Materna de Jinotega”; “Diagnostico Externo de la Comisión Territorial de Apoyo a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual de Jinotega”; “Línea de base para el abordaje de la violencia en el SILAIS-Jinotega”, CAP-

-
4. Reducida la Mortalidad Materna y perinatal (resultado # 1)
 5. Mejorado el conocimiento de la situación sobre ITS/VIH y SIDA y contenido el avance de la epidemia (resultado #2).
 6. Mejorada la atención y prevención de la violencia de género en la población de Jinotega y la RAAN (resultado #3).
 7. Disminuida la morbimortalidad de los tumores malignos del aparato reproductor femenino y masculino (resultado # 5).

Jinotega; el “Diagnóstico de capacidades instaladas en el departamento de Jinotega para la atención en Cáncer Cérvico uterino, Cáncer de mama y Cáncer de próstata”; “Fortalecimiento de competencias institucionales en el diseño, uso y análisis de indicadores en la gestión de acciones en el marco del proyecto: la “Mejora del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Jinotega. 2008-2011”; “Encuesta de Satisfacción de Usuarías embarazadas albergadas en Casa Materna Cihuatlampa Jinotega”. Y la “Guía de atención para mujeres adolescentes embarazadas en las Casas Maternas” la cual está en proceso de revisión y edición final.

Se puede inferir en consecuencia que conscientes de la necesidad de tener mayor y mejor información concerniente a los resultados esperados del proyecto, se tomaron las previsiones para en la marcha de la ejecución y con metodologías participativas, derivadas de la Investigación–Acción, ir obteniendo información actualizada, al mismo tiempo que se implementaban nuevas acciones o medidas.

No se omite expresar que fue una falencia relevante la ausencia de una línea de base global del proyecto, así como un consecuente sistema de monitoreo y evaluación SM&E. Lo anterior a pesar de que se realizó un diagnóstico de la situación previo a la elaboración de la propuesta de proyecto en 2007, que no fue utilizado para construir una línea de base, que hubiese permitido realizar procesos de seguimiento y medición de los resultados alcanzados, conforme a las metas establecidas en cada uno de sus indicadores, facilitando el proceso de ejecución del proyecto sobre la marcha.

A pesar de la adecuación realizada durante el POA 2009, no se encontró la existencia de un SM&E expreso y en base a la Gestión por Resultados (u otra metodología de gestión), que hubiera permitido a las organizaciones y equipos ejecutores, consultores y evaluadores, remitirse a información derivada de este tipo de ejercicio. No se pretende desconocer los esfuerzos realizados para identificar, usar o producir información relevante en la ejecución, y en evaluaciones y monitoreo particulares del proyecto (por ejemplo en Mortalidad Materna, detección de Cáncer Cérvico Uterino, Violencia basada en Género, etc.); sin embargo, no se ha obtenido información que permita hacer verificación sistemática y completa de la totalidad de resultados y sus cadenas lógicas.

La dotación presupuestaria del proyecto por unidad de salud, por municipio y áreas de intervención se llevó a cabo en procesos pertinentes a las necesidades planteadas por estos mismos, tomando en cuenta sus necesidades y la complementariedad con otras intervenciones en los territorios. No se trató de una distribución municipal igualitaria, sino una que respondía a las necesidades de cada municipio o actividad. Por ejemplo. En la RAAN la subvención de 2007 se distribuyó con los criterios mencionados (y así se hizo en todas las subvenciones), teniendo un tipo de distribución como la que se muestra en el cuadro que sigue.

C1. RAAN: Distribución % de la subvención 2007

| Municipios / Instituciones | % |
|----------------------------|------|
| Puerto Cabezas | 21,7 |
| Waspán ¹ | 6,5 |
| Rosita / Prinzapolka | 21,0 |
| Bonanza | 10,8 |

C1. RAAN: Distribución % de la subvención 2007

| Municipios / Instituciones | % |
|------------------------------------|--------------|
| Siuna | 14,2 |
| Asesoría Adolescentes | 2,7 |
| Asesoría Violencia | 1,7 |
| SILAIS, MINSA Central ² | 21,5 |
| Total | 100.0 |

Fuente: Informes del Proyecto

¹ Waspán contó en casi todo el período del proyecto con fondos post Huracán Félix (OPS/ AECID) y de otros donantes, por lo que se redujo el aporte del proyecto DDSSRR.

² Las adquisiciones mayores de equipamiento y vehículos se hicieron desde el MINSA Central; igualmente desde este nivel se asignaron fondos para supervisión.

La población beneficiaria directa establecida por el proyecto fueron las y los trabajadores de la salud y no la población que recibe la atención de salud. *“Se consideran beneficiarios/as directos del programa a todo el personal de salud que trabaja en las Unidades de Salud de las dos zonas de intervención, el personal de las Casas Maternas y los miembros de la Red de Salud Comunitaria. Además, también son beneficiarios/as directos otros grupos poblacionales como los maestros/as y los líderes religiosos⁶”*.

La población que recibía la atención en DDSSRR facilitada por el MINSA fue considerada en el marco del proyecto como beneficiarios y beneficiarias indirectas.

14

Ahora bien, el objetivo general, el específico y los resultados están dirigidos a medir las intervenciones sobre DDSSRR en la población, y no en el personal de salud (y otros vinculados) como beneficiarios y beneficiarias directas, lo que nos remite a la consideración de que el enfoque del proyecto no siguió una visión lógica, lo que provocó dispersión por falta de coherencia interna.

Según el diseño del proyecto se pretendía fortalecer las capacidades del personal de la salud (y de las unidades de salud), para que tuvieran mayores destrezas para atender a la población, de manera que la población fuera beneficiaria indirecta. Pero, aun así, a nivel de diseño el proyecto no siguió una visión lógica, y hay falta de coherencia interna.

En cuanto a la coherencia esperada de la actuación de la cooperación española en los territorios de intervención se encontró evidencia de acciones de complementariedad entre este proyecto y FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), que se orientó hacia la capacitación a parteras, personal de enfermería y a equipamiento, lo que permitió cerrar algunas brechas del proyecto en el SILAIS de Jinotega y en el municipio de Prinzapolka en la RAAN. Igual coherencia tuvo el proyecto con los F-ODM de la cooperación española en SSR y género, en la dotación de insumos médicos al MINSA, así como con el proyecto de Gobernabilidad Económica del Agua y Saneamiento, todos en la Costa Caribe, que son ejecutados en coordinación con el Sistema de Naciones Unidas, en el que participaron con diferente intensidad UNICEF, UNFPA, OPS, PNUD, ONUMUJER, etc.; además de las acciones de otros miembros de la cooperación internacional en el área de la salud, especialmente Holanda, Finlandia, Austria, la Unión Europea, AID y Japón.

⁶ Documento del proyecto.

En el marco del plan de trabajo realizado con las Casas Maternas, y también por esfuerzos de la coordinadora de la Red de las Casas Maternas, se articularon los esfuerzos de desarrollo del proyecto con la cooperación que recibe el MINSA de JICA, de INTERVIDAS, del Programa Voz Joven y, posteriormente de IPAS, en lo relativo al “embarazo en niñas” (10-14 años) y la vinculación con la Violencia de Género.

El proyecto además facilitó la armonización con las acciones desarrolladas por otros agentes de la cooperación internacional en DDSSRR, sobre todo las ONGs Save the Children, Alistar, Acción Médica Cristiana, Plan Internacional, Salud sin Límites, Visión Mundial, Nica Salud, Fundación San Lucas, CENIDH, Horizont 3000 y otras, con intervenciones sobre todo en la RAAN.

Por otro lado, se dará continuidad a algunas acciones en el componente de violencia de Género y casas maternas para la red comunitaria con IPAS y PATH. En El Cua se logró incluir la organización de la Comisaría de la Mujer y se completará la ampliación y reparación de la Casa Materna en ese municipio por medio de un proyecto que se inició en el año 2011 con fondos de la ONGD española ANESVAD, a partir de la coordinación con el equipo del Proyecto en Jinotega y ver las brechas y oportunidades.

A partir de 2012 se dará continuidad a algunas de las acciones que desarrolló el MINSA mediante la ENSSR a través de programas o proyectos de agencias de cooperación como Luxemburgo, UNFPA, ONGD españolas -ANESVAD, FUDEN, Médicos del Mundo - y la Iniciativa Mesoamericana⁷.

Se considera que los espacios en los territorios, concebidos para desarrollar sinergia y articulación, fueron las comunidades rurales, las Comisiones Territoriales de Lucha contra la Violencia (o Comité Territorial de Desarrollo), La Red de Casas Maternas y/o la relación entre el MINSA y las Casas Maternas y las Alcaldías municipales y sus programas, principalmente los CAMAJ apoyados por UNFPA, los que para los objetivos del proyecto fueron acertadamente identificados en conformidad a los ajustes que fueron necesarios y en consenso decididos.

También dentro de este marco de coordinación se destacaron acciones con el MINED (Consejerías Escolares), Comisarias de la Mujer, Instituto de Medicina Legal, Ministerio Público y Procuraduría Especial de la Mujer de la PNDH, especialmente en el tema de violencia basada en género.

El proyecto fue (es) viable desde que asume apoyar como objetivos y resultados 7 de las 9 líneas de la ENSSR. El proyecto, en ese sentido, apoyó lo que necesita el MINSA implementar en términos de DDSSRR.

No obstante en los procesos de ejecución y de gestión atentó siempre a la viabilidad, en términos de visibilizar resultados, la falta de coherencia entre los objetivos, resultados e indicadores, y la población identificada como beneficiaria del proyecto.

⁷ Esta Iniciativa cuenta con fondos de Fundación Slim, Melinda y Bill Gates, AECID y BID y es gestionada por el BID.

En la matriz del marco lógico no existen resultados e indicadores que se refieran a la población beneficiaria directa, ni el sistema de M&E del MINSA los registra; estos se encuentran en los informes de las subvenciones de 2007, 2008 y 2009.

En la fase de formulación y en la negociación del proyecto se previeron medidas para garantizar la continuidad de las acciones, que fueran mejorados o desarrollados durante la intervención apoyada por la cooperación española. La más importante fue cooperar en la implementación de la estrategia de salud y sexual y reproductiva que constituye una política oficial del Gobierno de Nicaragua.

También se previó el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud, parteras comunitarias, personal de las Casas Maternas, la capacitación y sensibilización de jóvenes y el involucramiento de las autoridades municipales en el tema de DDSSRR; así mismo la dotación de equipamiento para el diagnóstico del cáncer, para el transporte de pacientes con problemas para el parto, y la construcción de infraestructura para la atención específica de la mortalidad materna, y la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres.

Estas acciones, que fortalecieron capacidades de los beneficiarios directos, debieron tener expresión en el marco de planificación del proyecto, y no la tienen.

A juicio del equipo evaluador es defecto de diseño del proyecto la falta de coherencia lógica entre los objetivos, resultados, indicadores y beneficiarios, con las consecuentes actividades (acciones y medidas); contribuyendo a desenfocar o diluir los logros alcanzados, de manera que algunas de las medidas de continuidad y sostenibilidad no puedan ser apreciadas en toda su dimensión, especialmente las que tienen que ver con el fortalecimiento del personal de enfermería.

En los informes de las subvenciones de 2007, 2008 y 2009 se detalla el fortalecimiento de las capacidades técnicas⁸ para el manejo de la salud sexual y reproductiva al personal de enfermería; funcionarios de otras instituciones gubernamentales; líderes comunitarios, religiosos, adolescentes y jóvenes, mujeres, hombres, y agentes tradicionales de salud⁹. Pero no se encuentran expresados en la matriz de planificación, a nivel de indicadores, resultados, objetivo general y específico.

⁸ Se realizaron capacitaciones en: *Mochila educativa con un enfoque en derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR)*, *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)*, *salud sexual y reproductiva (SSRR)*, *plan de educación sexual integral con enfoque de masculinidad, derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR)*, *sobre las complicaciones materno – infantil, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, sobre bacteriuria asintomática, cuidados obstétricos de emergencia (COE), parto limpio y seguro y manejo de las complicaciones obstétricas, habilidades y destrezas en el manejo de la lactancia materna, plan de parto para una maternidad segura (PPMS), violencia de género, cáncer cérvico uterino y toma de papanicolaou, masculinidad y prevención de embarazos en adolescentes, normas y protocolos de atención del embarazo, parto y puerperio, señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y delantal MAGGI, entrega comunitaria de métodos anti conceptivos (ECMAC) y derechos sexuales y reproductivos, normas de planificación familiar, pasantías de las parteras y de los responsables de puestos de salud en el área de gineco-obstetricia y neonatología, abordaje sindrómico de las ITS, toma de muestras de VIH, auto examen de mamas, destrezas para salvar vidas (DPSV), lucha contra el VIH/SIDA.*

⁹ La capacitación a beneficiarios indirectos: líderes y lideresas comunitarias, adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, agentes no tradicionales de salud, liderazgo religioso; se encuentra expresada en la matriz de planificación, sin especificar en que se capacitaron.

Por la misma fuente se conocen los cursos formales realizados, especialmente la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva (MSSR) en la UNAN Matagalpa impartida por la UNAN Managua; la formación de técnicos quirúrgicos y de auxiliares de enfermería en Jinotega en 2008-2009; la creación y fortalecimiento del equipo de histopatología en el Hospital Victoria Motta de Jinotega. La formación del cito tecnólogo en Jinotega y la formación de cinco médicos y médicas en ultrasonido en el Hospital Bertha Calderón (HBC).Y la formación en Inspección Visual Acido Acético (IVAA) y crioterapia, esta última tanto en RAAN como Jinotega. Así como cursos o sesiones de formación continúa en las unidades de salud para el personal de las mismas, sobre: complicaciones obstétricas de emergencia, métodos de planificación familiar post evento obstétrico, o estrategias comunitarias para métodos anticonceptivos entre otros.

No se encuentra documentada ni con expresión en la matriz de planificación, a pesar que se dirigió a los y las beneficiarias directas, el fortalecimiento de capacidades para la implementación del Plan de Parto para una Maternidad Segura, el uso Métodos Anticonceptivos, Destrezas para Salvar Vidas, la Adecuación Cultural del Parto, la organización de Hombres Aliados para la Salud de la Mujer, la Atención Prenatal y la Planificación Familiar, el fortalecimiento de las redes comunitarias, la atención a adolescentes, la formación de promotores juveniles, la prevención y atención a personas en riesgo o portadoras del VIH y SIDA, la atención a la mujer (y hombres) con cáncer, y la prevención y atención a la violencia de género.

17

Tampoco se encuentran registrados por los SM&E, la infraestructura y el equipamiento facilitado por el proyecto, aunque se encuentra en los informes mensuales de los coordinadores del MINSA.

En el diseño del proyecto se tomaron en cuenta las opiniones, sugerencias y aportes de las diferentes áreas de las unidades de salud, a nivel del SILAIS y de los Centros de Salud municipales, especialmente las vinculadas a la atención de la salud sexual y reproductiva; se incluyeron, en el mismo sentido, las opiniones, sugerencias y aportes de las organizaciones locales de mujeres¹⁰. Pero no fueron incluidos en este proceso la Red de Salud Comunitaria, los maestros/as y líderes religiosos, a pesar de que el proyecto los considera parte de sus beneficiarios directos.

En la ejecución del proyecto, especialmente para la construcción de POA, se vivió un proceso de doble vía de participación del personal de salud y de las organizaciones de mujeres, en consultas, validación y aprobación de actividades y prioridades, de propuestas y planteamientos de necesidades, que recorría del nivel local municipal al departamental y del departamental al central, con acompañamiento de AECID y apoyo técnico de consultorías externas.

En este proceso se involucró el personal de salud de las líneas de mando central y de los SILAIS, y los equipos municipales de las unidades de salud (Directores de Hospitales, Policlínicos y Centros de Salud, así como responsables de componentes y áreas). Participaron también de

¹⁰ Movimiento de Mujeres Nidia White (Bilwi), que coordina con organizaciones de mujeres del municipio de Waspán; el Movimiento de Mujeres Paula Mendoza (SIUNA); el Movimiento de Mujeres Nora Astorga (Rosita), que a su vez coordina con mujeres del municipio de Prinzapolka; y el Movimiento de Mujeres Cristina Rugama (Bonanza).

este proceso las organizaciones de mujeres vinculadas al proyecto y las responsables de las Casas Maternas. No tuvieron la misma dinámica participativa en la elaboración del POA los trabajadores de base y otros beneficiarios directos señalados por el proyecto, como las personas que constituían la Red de Salud Comunitaria, maestras y maestros y liderazgo religioso, que fueron claves para la ejecución de la ENSSR en las comunidades, sobre todo porque sus responsabilidades cotidianas directas permanentes con la población, se realizaban (particularmente para el personal de salud) fuera de los Hospitales y Centros de Salud, lo que les impedían vincularse a estos procesos de manera sistemática.

Aunque se debe señalar que la elaboración del POA anual tenía como base las demandas que venían desde las comunidades, todas ellas transmitidas por medio del personal de salud de base, la Red de Salud Comunitaria, los y las maestras y líderes y lideresas religiosas.

Desde el punto de vista del nivel central del MINSA, es un proyecto descentralizado en su concepción y negociación con la agencia donante, por lo que se podría inferir que no solamente se da un proceso de apropiación ministerial, sino territorial.

El personal técnico de salud (de enfermería, médicas, médicos, personal de laboratorio, etc.) asumió el proyecto apropiándose de sus actividades; existe una opinión generalizada de que una nueva fase debería funcionar igual que el proyecto mejora de DDSSRR, pues se ajustó al marco político, programático y de gestión del Ministerio, y se ejecutó con flexibilidad, realizando en el camino, y cuando necesario, los ajustes de forma y fondo que se necesitaron.

Esta dinámica de participación se mantuvo durante la ejecución del proyecto y fue aplicada en los mecanismos de seguimiento, de información, de rendición de cuentas y de elaboración e integración de informes. Dinámica que abona a la apropiación de los actores como tal, tanto desde el punto de vista personal, como institucional a los diferentes niveles territoriales.

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) apoyó la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de Jinotega y en la Región Autónoma del Atlántico Norte, zonas priorizadas en el DEP como lo mostraban los indicadores del 2007 y en cumplimiento de los compromisos asumidos en la VII Comisión Mixta Hispano-Nicaragüense en coherencia con las prioridades establecidas en el Plan Director de la Cooperación Española y con el Plan Nacional de Salud de Nicaragua.

Además, el marco global del proyecto busca la alineación y se inserta dentro del MOSAFC y MASIRAAN para implementar la ENSSR, y los diversos componentes que de ahí se derivaban, como Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA); VIH/SIDA; Prevención y Atención de Cáncer, entre otros, que son la base de la ejecución de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y territorial.

Cabe indicar que se encontró, como aplicación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la ejecución de actividades y apoyos a componentes del Programa AIMNA, que varían en la forma de ser concebidos como parte del programa.

Es decir, que lo encontrado, fue coincidentemente en ambos territorios, un trabajo desarrollado orientado a la disminución de la Mortalidad Materna, el Enfoque de trabajo con adolescentes, con la finalidad de prevenir y abordar el embarazo precoz y/o impuesto, la

detección y atención del Cáncer cérvico-uterino y de mamas, la Red Comunitaria de atención con sus programas ECMAC y la propuesta del mini ECMAC (con adolescentes), y del Plan Parto.

Los componentes relativos a la Violencia de Género y a ITS/VIH resultaron más lejanos del campo de actuación de AIMNA, con una no muy destacada vinculación con la Mortalidad Materna, ni con las prioridades más relevantes.

Las Casas Maternas como parte de la estrategia de prevención de las muertes maternas están siendo altamente valoradas como un filtro real de prevención; no obstante existe la preocupación, compartida por el equipo de evaluación, por la sostenibilidad financiera de las Casas Maternas, particularmente en Jinotega.

Las Casas Maternas se están llenando de niñas y adolescentes, y muchos de estos embarazos están asociados a la violencia sexual. El embarazo de niñas y adolescentes no es un fenómeno nuevo, sobre todo en las áreas rurales. Lo nuevo es su atención en las casas maternas; lo viejo es la debilidad del país y su sistema de salud para reducir la frecuencia de los embarazos en niñas, adolescentes y jóvenes. Enfermera entrevistada.

En la actualidad existe en revisión un convenio entre la Red de Casas Maternas y el MINSA, en los que se incluyen los criterios de funcionamiento y de sostenibilidad.

3.2 Gestión del proyecto ¹¹

Los procedimientos administrativos de la intervención se adaptaron a los procesos establecidos institucionalmente por el MINSA para la ejecución de sus actividades, la contratación de recursos humanos, la contratación de bienes y servicios, la administración de la construcción de obras de infraestructura, y para la planificación anual.

Se pudo constatar que en la elaboración del POA se definían las actividades a realizarse durante el año en el tema de derechos a la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los objetivos y metas planteados por el proyecto y las necesidades identificadas por las unidades de salud de los diferentes municipios de la RAAN y Jinotega, que a su vez respondían a los objetivos planteados por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR).

En las entrevistas institucionales se identificó un modelo institucional de participación que comenzaba por la definición en los territorios de las necesidades municipales, en consulta con los y las funcionarias locales de las diferentes responsabilidades institucionales vinculadas a la salud sexual y reproductiva, las que eran sistematizadas y priorizadas a nivel de los SILAIS para cada municipio, con la participación de la dirección de las unidades de salud de estos.

Pero la dualidad entre los y las beneficiarias identificadas en el proyecto, y los objetivos y resultados orientados a la población que recibe los beneficios del proyecto, plantea dificultades de precisar los niveles de participación.

¹¹ Se analizará el modelo de gestión en lo que se refiere a su estructura institucional (capacidad de planificación, coordinación y gestión de los actores) y a los mecanismos de gestión de las distintas líneas de actuación que desarrolla el proyecto (correcta implementación de actividades, criterios de selección de procedimientos, herramientas, procesos administrativos llevados a cabo etc.).

Hemos señalado anteriormente en el análisis del diseño y formulación, que si bien se registran procesos participativos de la contraparte (el personal de salud), este prioriza, en los territorios, a las instancias de dirección de los SILAIS y las unidades de salud de los municipios (directores de Centros de Salud Hospitales y Policlínicos, responsables de atención a la mujer, a los y las adolescentes, médicas y médicos, responsables de Puestos de Salud, administradores, etc.).

El personal operativo, si bien recibió beneficios del proyecto (capacitación, equipamiento, fortalecimiento de las capacidades de intervención, etc.), no se incorporó de forma sistemática al proceso de toma de decisiones. Su participación tuvo un énfasis indirecto, en la medida que constituían el canal de información de los mandos intermedios de Hospitales, Policlínicos y Centros de Salud, sobre las necesidades comunitarias en salud.

Tampoco se involucró en este proceso, como se señaló anteriormente, a la Red de Salud Comunitaria, maestros, maestras y liderazgo religioso, que hacen parte de las y los beneficiarios directos del proyecto; salvo como informantes de las necesidades en salud de la población, a los responsables de las unidades de salud.

El diseño del proyecto no definió instrumentos para el empoderamiento de los y las beneficiarias y de las instituciones locales. Este se desarrolló de forma autónoma, como producto de la coincidencia entre las demandas y necesidades de las unidades de salud, y el apoyo brindado por el proyecto.

La elaboración del POA fue en ese sentido un proceso participativo institucional donde se priorizaban y consensuaban las necesidades de cada municipio, y a partir de las cuales se asignaban los recursos del proyecto.

Fue muy importante para la gestión del proyecto la organización en la dirección del mismo, encabezada por el MINSA a través de la Dirección General de Extensión de Cobertura y Calidad, DGECA, las direcciones de los SILAIS respectivos y de una co-dirección asumida por AECID, y a casi dos años del proyecto se contó con apoyo administrativo-financiero que facilitaba las tareas de ejecución del proyecto a nivel central.

Para la ejecución del proyecto se contó con un equipo técnico y administrativo vinculado a las co-direcciones del proyecto, que le daba seguimiento a las acciones del mismo, evitando atrasos que pudieron ser significativos, y apoyando la organización de la participación de las y los actores y la coordinación de las actividades y procesos.

Este equipo realizaba reuniones periódicas en los municipios, supervisando el desarrollo del proyecto en el SILAIS, Centros de Salud, Casas Maternas, contribuyendo a la agilización de los procesos y el cumplimiento de los procesos de gestión que estaban considerados en el proyecto.

El proyecto se desarrolló sin necesidad de cambios en la población beneficiaria o en las condiciones institucionales y de salud en los territorios beneficiados con la intervención, que obligaran a modificar los objetivos planteados en la matriz de planificación, ajustada en febrero de 2009, como hemos señalado en el capítulo de Formulación y Diseño.

Durante 2009 la aparición en los territorios del proyecto de la epidemia del H1N1, tensó las condiciones epidemiológicas de los territorios, convirtiendo la atención (a la epidemia) en una prioridad de los SILAIS. Esta situación, si bien afectó a la población beneficiaria y a las condiciones de atención a su salud, no provocó cambios en el proyecto. Este se adaptó, durante el período de emergencia epidemiológica, a las condiciones impuesta por el H1N1, contribuyendo a que las Brigadas Médicas Móviles que atendían la salud sexual y reproductiva, fueran integrales e incluyeran en sus actividades la atención al H1N1.

El proyecto enfrentó dos tipos de dificultades que en algunos momentos arriesgaron la eficiencia de su ejecución.

- a) Por un lado dificultades institucionales en la **gestión del proyecto**, vinculadas a los procesos tediosos de adquisición de bienes (equipos técnicos, equipos de transporte, licitación de obras civiles y material de reposición periódica y medicinas); en la contratación de servicios de consultoría, por desconocimiento e inexperiencia en el manejo de la Ley de Contrataciones del Estado; y en la triangulación con las Alcaldías para la construcción y mejoras de las Casas Maternas.
- b) La otra dificultad estuvo relacionada con los **procesos de monitoreo** de los objetivos y metas de la matriz de planificación, que se expresaban anualmente en las actividades de los POA en el marco de la ejecución del proyecto.

21

Para enfrentar las **dificultades institucionales de gerencia** en la compra de equipos y materiales, y para la contratación de servicios de consultorías, el proyecto tomó medidas que no chocaban con las actividades planteadas por el proyecto y la población beneficiaria.

- Se contrataron durante el tiempo de ejecución del proyecto dos gestores administrativos, en los dos territorios, como personal contratado por el MINSa, que apoyaron a las unidades administrativas y financieras de los SILAIS en la ejecución y en el cumplimiento de los marcos legales nacionales y normativos institucionales del MINSa.

- En el segundo año del proyecto el MINSa aceptó la contratación de un gestor administrativo a nivel Central, que había sido solicitado por AECID desde el inicio, pero MINSa no lo había consideraba necesario; también se había solicitado desde el inicio coordinadoras o coordinadores técnicos en los dos territorios para apoyar la implementación de la ENSSR, lo que finalmente se aprobó a inicios de 2009 en Jinotega y a mediados del mismo año en RAAN.

Estas medidas fortalecieron las capacidades administrativas financieras del personal de las unidades de salud de los municipios para la ejecución del proyecto, contribuyendo al mismo tiempo al manejo de las contrataciones para otras actividades de los Centros de Salud y los SILAIS.

Fue más complejo superar las **debilidades de los sistemas de monitoreo**, que al final no fueron capaces de darle seguimiento a todos los resultados e indicadores planteados por el proyecto.

El monitoreo tuvo que enfrentar el problema original de diseño en la matriz de planificación del proyecto, en la que se detectaba problemas de coherencia interna en la cadena causal. En

el POA de 2009, para mejorar el diseño¹², se propuso un reordenamiento de los resultados esperados, se incluyeron dos resultados adicionales, y se hicieron ajustes técnicos a las metas e indicadores propuestos en el documento del proyecto de 2008. Estos cambios mejoraron sustancialmente el diseño, pero no superaron todos los problemas de coherencia entre objetivos, resultados e indicadores (ver en anexo 1 la comparación de la matriz de planificación original, y la matriz ajustada en 2009).

Como parte del nuevo ordenamiento y para garantizar el monitoreo del proyecto se tomaron tres medidas de orden práctico, a partir del último trimestre del 2009, cuando el proyecto contó con el equipo completo tanto en Managua como en los dos SILAIS, tal como había solicitado inicialmente AECID en 2008.

- Se realizaron reuniones bimensuales (“cumbres”)¹³ del equipo técnico y administrativo-financiero del proyecto de los dos SILAIS y Managua con las direcciones de los dos SILAIS y la DGECA, para ver avances en los indicadores del proyecto, asistencias técnicas, niveles de ejecución financiera por territorio, y los correspondientes ajustes y próximos pasos. Se intentaba rotar el lugar para facilitar la participación, aunque no siempre fue posible y mayoritariamente se hicieron en Managua. Si era necesario se hacían extraordinarias.

- Se propusieron y elaboraron estudios que generaran información sobre el cumplimiento de los indicadores propuestos. Incluso el indicador 4 del resultado 6 planteaba la realización “de investigaciones sobre la violencia de género y los efectos en la salud de las mujeres y la niñez”. Y debido a que otro proyecto de AECID en la RAAN había realizado ya un estudio sobre violencia se decidió no realizarlo. Y además se otros estudios¹⁴. (ver en anexo 6 la lista de investigaciones y estudios realizados).

- La tercera introdujo a nivel de los Centros de Salud municipales un sistema sencillo y práctico de monitoreo que propusieron el personal técnico en los territorios, para darle seguimiento al comportamiento de los principales indicadores de los servicios de salud en la RAAN y Jinotega en las visitas a terreno periódicas, especialmente de aquellos que no estaban comprendidos

¹² “Por último, en el POA 2009 estamos proponiendo un reordenamiento de los resultados esperados e incluir dos resultados más, tratando de ser coherentes con las líneas de intervención que propone la recién aprobada ENSSR (2008) donde al trabajo con adolescentes y jóvenes se le da una entidad propia, más allá del acceso a métodos anticonceptivos, sino como oportunidad para la atención integral en salud del adolescente para el desarrollo del ejercicio de la sexualidad, desde un enfoque de habilidades y desarrollo humano. Y el segundo resultado es en el campo de la promoción de la sexualidad responsable y sana, aunque este está menos desarrollado en la planificación de actividades. Y se han hecho ajustes técnicos a las metas e indicadores que se propusieron para 2008”. Plan Operativo Anual. Mejora del Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Jinotega y la RAAN. 2009.

¹³ El equipo las denominó “cumbres”

¹⁴ Las investigaciones fueron realizadas: a) “Metodologías para el análisis y prevención de las muertes maternas en la RAAN”; el “Diagnostico Externo de la Comisión Territorial de Apoyo a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual de Jinotega”; y la “Línea de base para el abordaje de la violencia en el SILAIS – Jinotega”. Otros estudios realizados fueron: “Mapeo de las instituciones y organizaciones que trabajan en salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes”; “Atención integral a la adolescencia”; “Análisis de la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos”; “Diagnostico organizacional de la Casa Materna de Jinotega”; “Diagnóstico de capacidades instaladas en el departamento de Jinotega para la atención en Cáncer Cérvico uterino, Cáncer de mama y Cáncer de próstata”; “Fortalecimiento de competencias institucionales en el diseño, uso y análisis de indicadores en la gestión de acciones en el marco del proyecto: Mejora del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Jinotega. 2008-2011”; “Encuesta de CAP sobre SSRR”.

con sistematicidad en los sistemas de seguimiento y evaluación del MINSA (sobre todo porque la ENSSR fue aprobada en 2008).

El formato intentaba servir de base para el monitoreo de las principales actividades que apoyaba el proyecto y los indicadores de la matriz de planificación reordenada en 2009 (ver en anexo 4 la Matriz de indicadores DDSSRR, para seguimiento en las Unidades de Salud Municipal).

El personal de los Centros de Salud fue capacitado para llevar el formato, pero no se cumplió con calidad y sistematicidad su llenado. Se detectaron durante la evaluación dificultades en los municipios. Por ejemplo, para calcular porcentajes y tasas; se introducían en el formato cantidades cuando se pedía porcentajes o tasas; además la información no era completa, con importantes sub-registros, en especial de los indicadores no tradicionales del MINSA en el tema de salud sexual y reproductiva, que ayudaban a entender no solo la ejecución del proyecto, como, sobre todo, la recién puesta en marcha ENSSR. En resumen, hay información en el formato no siempre con la precisión y la calidad demandada, quedando sin cumplir el seguimiento de algunos indicadores del proyecto, para el que fue planificado.

Los dos territorios reciben anualmente, aproximadamente, entre el 3.9 y el 3.6 % del Presupuesto General de la República en salud, que en 2011 fue de C\$ 5,875,899,960.42 córdobas. En 2011 la RAAN recibió 229.2 millones de córdobas, y Jinotega 211 millones, como muestra el cuadro C2.

23

C2. Asignación del PGR a los SILAIS de la RAAN y Jinotega 2011

| SILAIS | Monto Asignado PGR C\$ | Relación % |
|---------------------|-------------------------|--------------|
| SILAIS RAAN | 229,221,844.55 | 3.90 |
| SILAIS Jinotega | 211,058,477.11 | 3.59 |
| TOTAL SILAIS DDSSRR | 440,280,321.66 | 7.49 |
| PGR en Salud | 5,875,899,960.42 | 100.0 |

Fuente: Informe de Gestión Institucional MINSA 2011

El proyecto aportó para los dos territorios C\$ 63.081.240,60 en tres subvenciones, de los cuales C\$ 48,526,810.63 fueron entregados directamente a los SILAIS; y C\$ 14.554.429,9 se canalizaron a través de la Unidad Gestora ubicada en Managua en el MINSA central. La subvención de 2007 se ejecutó en 2008, 2009 y 2010; la de 2008 se ejecutó en 2009, 2010 y 2011; y la de 2009 en 2010, 2011 y 2012.

C3. Proyecto mejora DDSSRR: desembolsos directos a los SILAIS por año de utilización

| Año | RAAN | % RAAN | Jinotega | % Jinotega | Total | % Total |
|--|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
| 2008 | 6.062.595,33 | 25,0 | 2.941.920,07 | 12,1 | 9.004.515,40 | 18,6 |
| 2009 | 5.200.123,10 | 21,4 | 6.625.807,18 | 27,3 | 11.825.930,28 | 24,4 |
| 2010 | 5.601.970,81 | 23,1 | 9.954.667,87 | 41,0 | 15.556.638,68 | 32,1 |
| 2011* | 7.406.956,83 | 30,5 | 4.732.769,44 | 19,5 | 12.139.726,27 | 25,0 |
| Total | 24.271.646,07 | 100,0 | 24.255.164,56 | 100,0 | 48.526.810,63 | 100,0 |
| Participación del proyecto en el presupuesto nacional asignado a salud por SILAIS 2011 | | | | | | |
| 2011 | | 3.23 | | 2.23 | | 2,75 |

Fuente: informes del proyecto

* Parte de estos fondos se gastaron en 2012.

En 2011 los desembolsos directos a los SILAIS, tal como muestra el cuadro C2, significaron el 2,75 % del Presupuesto General de la República asignado a ambos: 3.23 en la RAAN y 2.23 % en Jinotega.

El cuadro C2 no representa la totalidad de los desembolsos que realizó el proyecto en los territorios. Como mencionamos anteriormente C\$ 14.554.429,9 fueron asignados a la Unidad Gestora en Managua (cuadro C3); y de estos, entre 95 y 96 %, fueron desembolsados directamente desde el nivel central para la adquisición de bienes y servicios a disposición de los territorios. Solamente entre el 4 y 5 % de los fondos asignados a la Unidad Gestora fueron destinados para la gestión financiera-administrativa y la supervisión del proyecto desde el Nivel Central del MINSa, así como para el seguimiento y monitoreo técnico que realizó la codirección del proyecto.

Se estima que en 2008, 2009 y 2010 el peso del proyecto en el Presupuesto General de la República asignado a los dos SILAIS fue similar o mayor, pero no se pudo hacer el cálculo preciso porque no se contó con información del monto de la asignación presupuestaria del Gobierno Central para el sector salud para cada SILAIS para los años entre 2008 y 2010.

El total de los fondos del proyecto desembolsados para gastos corrientes o de inversión, en las tres subvenciones en los territorios y en el nivel central del MINSa, se dieron de la siguiente manera:

C4. Detalle de las subvenciones en Córdoba, según tipo de gasto y territorio de destino

| Destino | Tipo | 2007 | 2008 | 2009 | Total |
|------------|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| RAAN | Corriente | 4.926.304,09 | 7.633.858,11 | 8.934.807,55 | 21.494.969,8 |
| | Inversión | 1.136.291,24 | 955.890,36 | 684.494,72 | 2.776.676,3 |
| | Total | 6.062.595,33 | 8.589.748,47 | 9.619.302,27 | 24.271.646,1 |
| Jinotega | Corriente | 3.222.082,38 | 5.259.218,05 | 8.674.377,46 | 17.155.677,9 |
| | Inversión | 146.548,38 | 3.158.799,00 | 3.794.139,29 | 7.099.486,67 |
| | Total | 3.368.630,76 | 8.418.017,05 | 12.468.516,7 | 24.255.164,6 |
| Managua | Corriente | 3.370.191,61 | 1.739.510,30 | 2.286.789,27 | 7.396.491,17 |
| | Inversión | 1.551.759,09 | 3.548.205,06 | 2.057.974,67 | 7.157.938,82 |
| | Total | 4.921.950,70 | 5.287.715,36 | 4.344.763,93 | 14.554.429,9 |
| Gran Total | Corriente | 11.518.578,08 | 14.632.586,46 | 19.895.974,28 | 46.047.138,87 |
| | Inversión | 2.834.598,71 | 7.662.894,42 | 6.536.608,68 | 17.034.101,79 |
| | Total | 14.353.176,79 | 22.295.480,88 | 26.432.582,90 | 63.081.240,60 |

Fuente: Administración del proyecto

En dólares fue de la siguiente manera:

El proyecto apoyó (gastos corrientes) en la RAAN y Jinotega, para llevar la atención en salud sexual y reproductiva a la población más alejada y pobre de sus municipios, con U\$ 2.201.718,89 dólares (72,8% del presupuesto), fortaleciendo las capacidades técnicas del personal de salud (incluyendo a las parteras y el personal de los movimientos de mujeres y casas maternas); actividades de atención a la población en las comunidades, especialmente a mujeres y jóvenes; y fondos para la movilización de brigadas integrales en comunidades

alejadas; material de reposición periódica para las unidades de salud, líderes comunitarios y parteras; así como estudios o diagnósticos sobre la temática de la salud sexual y reproductiva.

En gastos para inversiones el apoyo fue de U\$ 820.804,97 dólares, (27,2%) del total del presupuesto, destinado para equipamiento médico-quirúrgico en SSR de las unidades de salud y hospitales, para la mejora de la atención en las complicaciones obstétricas, controles prenatales, diagnóstico y atención para las mujeres con cáncer y diagnóstico del VIH. Y la compra de medios de transporte: 5 camionetas (3 para RAAN y 2 para Jinotega), 4 motocicletas para trabajo comunitario (3 Jinotega 1 RAAN) y 4 pangas de madera para la RAAN y 2 motores a Jinotega. Y la construcción de 4 casas maternas (Rosita, Ayapal, Pantasma y Wiwilí); y la ampliación y remodelación de 2 (Cua y Bilwi), respectivamente.

C5. Detalle de las subvenciones en dólares

| Montos | Tipo | 2007 | 2008 | 2009 | Total |
|------------------------|--------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Monto de la Asignación | Corriente | 575.200,00 | 687.398,86 | 892.140,00 | 2.154.738,86 |
| | Inversión | 143.800,00 | 362.545,94 | 297.380,00 | 803.725,94 |
| | Total | 719.000,00 | 1.049.944,80 | 1.189.520,00 | 2.958.464,80 |
| Intereses | Corriente | 8.521,87 | 16.329,85 | 22.128,31 | 46.980,03 |
| | Inversión | 1.090,28 | 8.612,65 | 7.376,10 | 17.079,03 |
| | Total | 9.612,15 | 24.942,50 | 29.504,41 | 64.059,06 |
| Total | Corriente | 583.721,87 | 703.728,71 | 914.268,31 | 2.201.718,89 |
| | Inversión | 144.890,28 | 371.158,59 | 304.756,10 | 820.804,97 |
| | Total | 728.612,15 | 1.074.887,30 | 1.219.024,41 | 3.022.523,86 |

Fuente: Administración del proyecto

Fue muy importante el apoyo a la construcción y ampliación de las Casas Maternas. En la identificación del proyecto se habían presupuestado solamente 2 casas maternas, una en cada SILAIS, pero en las reuniones de seguimiento y monitoreo con las autoridades de salud y en las visitas de terreno por parte de la codirección de AECID, se vio la necesidad de hacer dichos ajustes y había la oportunidad de asignar parte de los fondos de inversiones para esas nuevas solicitudes, y se presupuestaban en los POAs respectivos.

En casos puntuales el proyecto apoyó la contratación de personal técnico especializado, como funcionarios del MINSAL, no del proyecto, para actividades que le correspondían desarrollar a la ENSSR; con el compromiso de que el MINSAL los iría asumiendo en un futuro cercano como parte del personal del MINSAL. Por ejemplo, en el caso de la contratación de la patóloga del Hospital departamental de Jinotega, era una necesidad para la línea de detección, prevención y atención del cáncer ginecológico; antes de finalizar el proyecto, el MINSAL creó la plaza y se cuenta con patóloga pagada por el MINSAL.

Las unidades de salud de los SILAIS aportaron el personal técnico, la infraestructura de salud territorial, la capacidad organizativa y las relaciones con las comunidades; pero especialmente la voluntad del personal de trabajar en condiciones difíciles en comunidades rurales y étnicas, que no cuentan con infraestructura vial, y que han sido tradicionalmente abandonadas en la atención de salud, especialmente de la salud sexual y reproductiva.

El proyecto desarrolló acciones complementarias en Jinotega y la RAAN con FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), para mejorar la atención de la salud materna. Igual complementariedad se logró en Jinotega y la RAAN con los F-ODM de la cooperación española en género, y seguridad alimentaria. Y con el UNFPA con el trabajo con adolescentes, en ambos SILAIS, y para insumos médicos para la atención de la salud sexual y reproductiva en la RAAN. En este último SILAIS también con OPS se armonizaron actividades de monitoreo y seguimiento. En los dos territorios la actuación de estos proyectos permitió establecer coordinaciones que evitaron la repetición de acciones y promovieron la eficiencia de las intervenciones.

La gestión del proyecto concentró sus esfuerzos en mejorar la capacidad técnica del personal de salud, y facilitar la intervención directa de las **Brigadas Integrales Móviles**¹⁵ para la atención a las comunidades más retiradas, más vulnerables, de más difícil acceso. Fue muy importante en estos procesos el apoyo en combustible y transporte para traslados de emergencia, especialmente mujeres embarazadas.

Para ello también se establecieron coordinaciones con otras intervenciones en el territorio, entre ellas la Brigada Médica Cubana y ONGs internacionales y locales como Save the Children, Acción Médica Cristiana, entre otras, que trabajan la temática de salud sexual y reproductiva, atención a adolescentes y la violencia basada en género.

Entre los principales resultados de esta concentración de acciones y las coordinaciones establecidas, se encuentran los esfuerzos para la reducción de las muertes maternas y la atención para la reducción de la fecundidad adolescente, dos de los problemas fundamentales de los derechos sexuales y reproductivos, que ha convocado y unido a la organización comunitaria, las organizaciones de mujeres, las ONGs, la cooperación internacional, los trabajadores de la salud y al sistema de salud.

En ese sentido el proyecto ha tenido un impacto positivo en la convocatoria de los distintos actores del territorio, mejorando la convocatoria institucional y su propia capacidad administrativa y de gestión, pudiendo intervenir en territorios alejados, cuya atención demanda modelos de organización ágiles, capaces de reaccionar rápido y con eficacia, de manera que se potencien los recursos humanos y técnicos al servicio de la atención de la salud de las mujeres. En todos los municipios se conocen relatos de los trabajadores de la salud atendiendo necesidades de mujeres embarazadas en condiciones precarias, contando con el apoyo de parteras comunitarias capacitadas por el proyecto, con dominio del plan parto y de los riesgos obstétricos de las mujeres en el momento del parto.

El proyecto se desarrolló en un contexto complejo para la comunicación, con problemas sobre información oportuna de los municipios al SILAIS y de este a los municipios. Pero además con diferentes niveles técnicos, con municipios que tenían su personal incompleto y con limitaciones materiales y técnicas, faltos de experiencia y poca capacidad en el tema de salud sexual y reproductiva.

¹⁵ Que en algunos territorios también las llaman Brigadas Médicas Móviles, pero se considera más acorde con el quehacer llamarlas integrales, ya que participa distinto personal de salud de varios programas de atención.

No obstante, el proyecto se gestionó fortaleciendo capacidades, siguiendo líneas administrativas y de gestión previamente consensuadas, con claridad de los compromisos adquiridos. Fue muy importante para la viabilidad del proyecto que el MINSA asumiera sus compromisos, y que pudiera contar con el apoyo de la co-dirección española.

Esto ha permitido contar con experiencias nuevas, que se expresan en nuevas capacidades para la continuidad de las acciones, que son la base de la viabilidad y sostenibilidad del mandato que sobre la atención de la salud de la mujer impone al MINSA la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El proyecto no tuvo una relación vertical en su ejecución, sino que se apoyó en las experiencias locales, las destrezas ganadas y la disposición del personal de salud para llevar a cabo la atención a la salud sexual y reproductiva de la población en las comunidades rurales, especialmente las más alejadas. El acceso a medios de transporte y combustible financiado por el proyecto permitió ampliar la cobertura de atención a estas comunidades, hecho que fue altamente valorado por el personal de salud, tanto en la RAAN como en Jinotega.

El proyecto se alineó con la ENSSR, y el papel de AECID en la co-dirección es reconocido por los trabajadores y los directores del MINSA en el proyecto, como transparente y oportuno por su colaboración, como por el apoyo franco y respetuoso de la institucionalidad nacional.

Este tipo de actuación ha facilitado el que se hayan respetado los tiempos y procesos locales en la ejecución del proyecto, y que se haya mantenido una coordinación complementaria y eficaz con otras instituciones que trabajan en las mismas áreas y los mismos temas en los dos territorios.

Igualmente se establecieron canales de comunicación y participación abiertos entre los diferentes actores implicados en el proyecto, especialmente entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias, las organizaciones municipales de mujeres, y los jóvenes y adolescentes, que permitieron no solo la creación de capacidades, sino el empoderamiento de los beneficiarios y las beneficiarias directas del proyecto, principalmente en lo relativo a la articulación y coordinación de acciones.

Finalmente habría que agregar que el proyecto llegó hasta las comunidades más alejadas, comunes en los dos territorios. Sin embargo, es relevante destacar que la incidencia de cuatro años de ejecución del proyecto no tenía la capacidad, en comunidades complejas, retiradas de las vías de comunicación y dispersas en comarcas extensas, de obtener mejoras en la salud sexual y reproductiva de su población sin que se tengan retrocesos. Además, la problemática de la muerte materna implica la actuación intersectorial de diferentes instancias para su resolución, como el Ministerio de Educación (MINED), de Transporte (MTI), de la Familia (MIFAM). La muerte materna es multicausal, por lo tanto la solución también debe ser múltiple. Pero se ha logrado, en algunas comunidades por primera vez, llevar la atención de salud sexual y reproductiva, de introducir nuevos conocimientos y nuevas capacidades a la organización comunitaria, a las parteras y a los voluntarios de la salud.

Se puede afirmar que el proyecto ha posibilitado que la ENSSR se haya acercado a la población más alejada, más vulnerable, a la que vive en las condiciones de mayor marginalidad, tanto al nivel de Jinotega, como de la RAAN.

3.3 Resultados ¹⁶

Los resultados esperados son pertinentes con las demandas y necesidades de los municipios en los que se desarrolló el proyecto, pero además pertinentes con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que determina, en el tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus familias, las prioridades en los planes del MINSA.

Además es pertinente con las prioridades del Plan Director de la Cooperación Española, que asume la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las personas como derechos humanos, como el *derecho* de las personas a decidir cuantos hijos/as y cuando desea tenerlos, el acceso a métodos anticonceptivos adecuados y oportunos, a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad, y a tener información sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos que permita la toma de decisiones, el autoconocimiento y el auto-cuido.

El proyecto además fue eficiente en el cumplimiento de los objetivos y resultados planteados, fomentando el ejercicio de los DDSSRR y el acceso a los servicios de SSR en la población del Departamento de Jinotega y de la Región Autónoma del Atlántico Norte; desde un enfoque de género, generacional y étnico, a pesar de que se puedan encontrar en sus resultados altos y bajos, por el espacio corto de 4 años de ejecución del proyecto.

Los factores que contribuyeron al logro de los objetivos y resultados están vinculados, tanto a la pertinencia del proyecto, como a la agilidad y flexibilidad con que se ejecutó, que priorizó las acciones de la ENSSR tomando en cuenta las demandas, necesidades y prioridades de los territorios, con un enfoque práctico, participativo, que involucró en la toma de decisiones la opinión de los agentes de salud de los municipios; apoyados por un esquema de dirección y co-dirección que se complementaban para facilitar la ejecución de las acciones planificadas.

En algunos casos no se lograron alcanzar algunas de las metas propuestas porque el diseño del proyecto se planteó resultados muy complejos de alcanzarse y ser sostenibles para un espacio de 4 años. En otros casos, mostrar los resultados requería estudios complejos, que solamente se llevan a cabo a nivel nacional cada cinco años. O, se requería estudios que no se llevan a cabo de forma sistemática.

Para enfrentar esta limitación se coordinó con un proyecto de investigación del CIES (Centro de Investigación y Estudios de Salud de la UNAN Managua) con fondos AECID, sobre salud sexual y reproductiva¹⁷. Se seleccionaron como territorios para la investigación los dos SILAIS del Proyecto, y el equipo técnico del proyecto DDSSRR sugirió ideas para el diseño de la muestra, cuestionarios, y equipo en terreno. La investigación que debía iniciar el trabajo de campo en 2010, se atrasó hasta 2011; en estos momentos están finalizando el análisis de los datos, y se han generado tablas de datos preliminares, y en coordinación con la codirección AECID decidimos incluir algunas de las cifras generadas (adolescentes, métodos anticonceptivos, por área urbana o rural, y otras, señaladas cuando se mencionan).

¹⁶ La evaluación deberá analizar los resultados obtenidos por el proyecto en función de los objetivos planteados, atendiendo al contexto institucional, sanitario y socioeconómico del área de intervención y a los impactos en los beneficiarios y beneficiarias del proyecto.

¹⁷ Fondos llegaron a finales 2009, pero el trabajo de campo se atrasó hasta primer trimestre 2011.

No se registran dificultades que puedan ser atribuibles a la naturaleza del proyecto; por el contrario, existe consenso entre las autoridades de salud locales y nacionales, de que el proyecto, que se constituyó en una especie de proyecto piloto de la SSR, sentó las bases para la sostenibilidad futura de sus acciones, contribuyendo al fortalecimiento de las instituciones locales y nacionales del país para la aplicación de la ENSSR.

Los sistemas de M&E para la recopilación y sistematización de los indicadores de cumplimiento de los objetivos y resultados, no tienen todos el mismo grado de calidad. En aquellos indicadores donde el MINSA ha desarrollado una experiencia de monitoreo de mayor tiempo, se produjo la información de manera oportuna y sistemática. En otros indicadores que medían resultados propuestos por el proyecto, que estaban recientemente incorporados a los indicadores que demanda la ENSSR, no se logró siempre información de calidad, de manera que algunos indicadores se encuentran con información incompleta o poco confiable.

Sobre la relación coste de las actividades y resultados obtenidos, no existe una experiencia anterior que nos pudiera dar pistas para establecer una relación entre el coste de las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos.

La ejecución presupuestaria del proyecto encontró pequeñas dificultades, que fueron superadas:

Las dos primeras subvenciones (2007 y 2008) fueran ejecutadas en un 100 %, pero en ambas se debió pedir una prórroga de 12 meses debido a sub-ejecución relacionada con atrasos en los procesos de adquisiciones de bienes a nivel de Managua, y a las construcciones de casas maternas, que coincidieron en épocas de lluvia.

Para la tercera subvención (2009) se solicitó una prórroga de 8 meses. Las tres subvenciones están ejecutadas al 100%.

La flexibilidad con la que se manejó el proyecto permitió, incluido el nivel municipal, hacer cambios internos, para los cuales se pedía autorización y se resolvía con prontitud. Estos cambios tenían diferentes razones, pero la más importante siempre fue la complementariedad con otros agentes en el territorio, que disponían de recursos para una actividad específica, y permitía a las unidades de salud del territorio replantearse otras acciones y otras comunidades de intervención diferentes a las planificadas en el POA.

El cumplimiento de los objetivos y resultados del proyecto según su marco de planificación, se dio de la siguiente manera:

3.1.1 Objetivo General

| | |
|---|---|
| Objetivo General | OG. Fomentado el ejercicio de los DDSSRR en la población del Departamento de Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte |
| Indicador 1 del Objetivo General | I1OG. % de la población en Jinotega y la RAAN que conoce sus derechos sexuales y reproductivos |

Este indicador cualitativo es coherente con el objetivo general. Pero el indicador no lo genera el sistema de información del MINSA.

En general este tipo de indicador es muy complejo de medir y demanda una metodología también compleja para definirlo. En el documento del proyecto se previó, para producir la información sobre el conocimiento de la población de sus derechos sexuales y reproductivos, realizar un estudio de impacto en los departamentos de Jinotega y la RAAN, el cual no se llevó a cabo aún.

Una redacción práctica, con un resultado similar apoyado en el tipo de intervenciones del MINSA, hubiera sido la siguiente: *% de la población en Jinotega y la RAAN que ha sido atendida en las visitas realizadas por las Brigadas Integrales Móviles (BIM) sobre sus derechos sexuales y reproductivos.*

El MOSAFC¹⁸, concebido y conceptualizado desde febrero de 2007, contenía las condiciones necesarias para generar este indicador, ya que establece un contacto directo entre las familias y el sistema de salud.

De hecho en el marco del MOSAFC, solamente en 2011 el personal de salud en los municipios visitaron 154,502 familias en los dos territorios: en Jinotega 95,024 familias y en la RAAN 59,478.

De ahí que el principal impacto del proyecto es haber llevado el mensaje y la práctica de los DDSSRR, para la mejora de la salud sexual y reproductiva, a las familias y las personas beneficiarias indirectas del proyecto (la población que recibía la atención en salud).

| | |
|---|--|
| Indicador 2 del Objetivo General | I2OG. Número de programas estatales puestos en marcha en el marco de la ENSSR |
|---|--|

No está definido en el documento del proyecto ni en ninguno de sus informes que se debe entender por “programas estatales puestos en marcha”. La fuente de información que se programó para este indicador fueron los informes del MINSA.

Cuando se habla con los funcionarios de los SILAIS ellos entienden por programas algunas políticas y hasta actividades institucionales. De hecho programas son acciones de mayor envergadura, cuando el espíritu del indicador, acorde con lo que pretende alcanzar el Objetivo General: Fomentado el ejercicio de los DDSSRR en la población..., se refiere a cualquier actividad que contribuya a fomentar el ejercicio de los DDSSRR¹⁹. De ahí que la redacción del indicador no contribuye a promover el mensaje del Objetivo.

¹⁸ El MOSAFC “se sustenta en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

¹⁹ Por ejemplo, en el informe de evaluación de la Subvención de 2009 se dice que Waspán y Siuna en la RAAN, fueron seleccionados en 2007 para implementar acciones, políticas, estrategias y programas que contribuyeran a fomentar los DDSSRR, por los altos niveles de mortalidad materno-infantil. Se pusieron en marcha para eso el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), el Plan de Parto para una Maternidad Segura (PPMS), la

Entre las acciones que fueron identificadas se encuentran: Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), Plan de Parto para una Maternidad Segura (PPMS), Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC), Coloreando en Salud, Destrezas Para Salvar Vidas (DPSV), Censo Gerencial de la Embarazada (CGE), Adecuación Cultural del Parto, Hombres Aliados para la Salud de la Mujer, AIEPI Comunitario (AC), Atención Prenatal (APN), Planificación Familiar (PF), visitas en el marco del MOSAFC para dispensarizar familias, fortalecimiento de las redes comunitarias, atención a adolescentes, Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos para adolescentes (Mini-ECMAC), Mochila Comunitaria del Adolescente, formación de promotores y promotoras juveniles, prevención y atención a personas en riesgo o portadoras del VIH y SIDA, prevención y atención a la mujer (y hombres) con cáncer, actividades de prevención y atención a la violencia de género.

Una mejor redacción del indicador podría haber sido la siguiente: *Número de actividades (políticas, programas, estrategias, campañas y otras acciones) promovidas por el MINSA para fortalecer el ejercicio de los DDSSRR entre la población de Jinotega y la RAAN.*

El cuadro que sigue sobre las actividades promovidas por el MINSA para el fortalecimiento de los DDSSRR, tiene como base información (políticas, programas, estrategias, campañas y otras acciones) de los SILAIS (Jinotega y RAAN), e información brindada en entrevistas con personal de salud.

Al inicio del proyecto en 2008 se promovían 4 acciones como máximo. En 2011 en la RAAN se implementaban 15 y en Jinotega 17.

C6. Número de actividades, políticas, programas, estrategias, campañas y otras acciones promovidas por el MINSA en el marco del proyecto “Mejora de los DDSSRR”, en Jinotega y RAAN, con la finalidad de fortalecer el ejercicio de los DDSSRR.

| Región | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------|------|------|------|------|------|
| RAAN | 4 | 4 | 6 | 6 | 15 |
| Jinotega | 3 | | | | 17 |

Fuente: Construcción propia del año 2011 en base a entrevistas; 2006 a 2010 información estadística: SILAIS Jinotega y RAAN; informe de subvenciones.

3.1.2 Objetivo Específico

| | |
|--|---|
| Objetivo Específico | OE. Mejorado el acceso de la población de Jinotega y la RAAN, a los servicios de SSR desde un enfoque de género, generacional y étnico |
| Indicador 1 del Objetivo Específico | I1OE. N° de consultas a servicios de SSR desagregado por sexo y tipo de consulta |

Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) y se promovió la actividad Coloreando en Salud¹⁹. Durante la ejecución del proyecto se incorporaron estas cuatro acciones en todos los municipios de la Región, y además se incorporaron otras tres: Destrezas Para Salvar Vidas (DPSV), Censo Gerencial de la Embarazada (CGE), Adecuación Cultural del Parto. No están incluidos las acciones del MOSAFC, el trabajo con adolescentes, ni la prevención del VIH, etc. En Jinotega se implementaron estas mismas actividades, y se incluyó, para adolescentes, un plan especial de Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC), conocido como mini-EMAC.

Este indicador no se encuentra en los informes de gestión del MINSA de 2010 y 2011, aunque en los Centros de Salud hay registros. En el documento del proyecto se prevé como fuente de información el registro de consultas de los Centros de Salud.

El cuadro abajo muestra las consultas en el SILAIS Jinotega, incluyendo las visitas comunitarias en el marco del MOSAFC. No existe esta información sistematizada para la RAAN, aunque se conocieron informes de los municipios en los que se registraban los servicios brindados por el Centro de Salud y sus Unidades en los territorios.

C7. Número de consultas a SSR

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Consultas Jinotega | 129,107 | 162,552 | 168,650 | 186,819 | 209,991 |

Fuente: SILAIS Jinotega.

Notas: Las consultas son: atención prenatal, planificación familiar, cáncer de mamas y PAPs, VIH/SIDA, partos, puerperio, violencia (física, psicológica y sexual).

La cifra de consultas incluye todas las que se realizan, de manera que una persona pudo haber recibido varias consultas en el año.

El SILAIS de la RAAN presenta la información en porcentajes de cobertura de atención a la natalidad, de manera que no se puede conocer el número de consultas realizadas.

El Informe de Gestión en Salud 2011 del MINSA, presenta dos cuadros con información de Jinotega y la RAAN sobre consultas de salud en el tema de salud sexual y reproductiva, y otras consultas; sin especificar si todas las familias reciben consultas sobre SSR. En el primero se mencionan las viviendas visitadas, urbanas y rurales; en el segundo las familias dispensarizadas, ambas en el marco del MOSAFC.

32

La información sobre las actividades del MOSAFC, además, se presenta solamente para el año 2011.

En ella es evidente que en Jinotega se avanzó más en atender a las familias que en la RAAN, ya que en este departamento se visitó el 53.9 % de familias rurales (las más pobres); mientras que en la RAAN solamente al 30.9 %.

Igualmente fueron **dispensarizadas** el 77.3 % de las familias visitadas en Jinotega, y en la RAAN apenas el 20 %.

Dispensarizar. Durante las visitas del MINSA a las comunidades se realiza un censo familiar, elaborando una ficha con el historial de la salud de la familia y sus niveles de riesgo, y se elabora un plan para atenderlas de forma integral.

C3. Visitas a viviendas urbanas y rurales en el marco del MOSAFC según SILAIS. 2011

| SILAIS | Visitas a Viviendas | | | Porcentaje Rural |
|----------|---------------------|---------|--------|------------------|
| | Rurales | Urbanas | Total | |
| RAAN | 18,355 | 41,123 | 59,478 | 30.9 |
| Jinotega | 51,023 | 44,001 | 95,024 | 53.7 |

Fuente: MINSA. Informe de Gestión en Salud 2011. (Información de los SILAIS a SIGRUN)

C4. Familias dispensarizadas en el marco del MOSAFC según SILAIS. 2011

| SILAIS | Casas Visitadas | Familias Visitadas | Familias Dispensarizadas | |
|----------|-----------------|--------------------|--------------------------|------|
| | | | Total | % |
| RAAN | 22,030 | 24,233 | 4,847 | 20.0 |
| Jinotega | 34,534 | 45,798 | 35,413 | 77.3 |

Fuente: elaboración propia con datos del MINSa; Informe de Gestión en Salud 2011. (Aplicativo de registro de Historias de Salud Familiar. División de Sistemas de Información DGPd/MINSa)

3.1.3 Resultado 1

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 1 | R1. Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente ²⁰ |
| Indicador 1 del Resultado 1 | I1R1. Reducida la Tasa de fecundidad ²¹ adolescente en un 20% después de tres años de implementación del programa |

El dato de base para este indicador es el año anterior al inicio del proyecto. Como fuente de verificación de la tasa de fecundidad el marco de planificación menciona la encuesta ENDESA, que se realiza quinquenalmente y no ha sido publicada aún la de 2010. Sin embargo el MINSa en sus informes de gestión de 2010 publicó datos sobre la fecundidad de las adolescentes.

Un comentario inicial es que 20 % de reducción de la fecundidad es un porcentaje muy alto, sobre todo teniendo en cuenta los antecedentes de Nicaragua en el tema, y particularmente de la RAAN y Jinotega. Posiblemente una cifra menor al 10 % era más realista, y como tal, con más posibilidades de ser cumplida.

Pero además, Nicaragua posee la proporción de población adolescente más alta del continente americano²².

Y es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes (en América Latina y el Caribe). En (2010) casi 110 de cada 1000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres²³.

En los últimos cinco años la atención al embarazo en general y al embarazo adolescente, ha venido creciendo. Los registros de nacimientos que tiene el MINSa (en los últimos 5 años) presentan una tendencia paulatina al incremento, lo que puede ser debido a un mejor registro de los nacimientos vivos a nivel general y particularmente en este grupo de edad (15 a 19 años), pero también al hecho de que la fecundidad es y continúa siendo alta en las mujeres adolescentes. El porcentaje de nacidos vivos registrados cuyas madres son adolescentes, del

²⁰ En el ML original resultado # 4: disminuido el número de embarazos no deseados en mujeres jóvenes y adolescentes.

²¹ En su acepción más restringida, la fecundidad se define como la capacidad efectiva de una mujer, un hombre o una pareja de producir un nacimiento. (Se habla de "fecundidad efectiva" al referirse a un nacido vivo). En términos operativos, se relaciona con la cantidad de hijos que cada mujer tiene en su vida fértil (CELADE, PROLAP y UNAM, 1997). Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. Marcelina Castillo. Acuerdo de Cooperación CEPAL-UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina de Nicaragua). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. 2007.

²² Casi el 49 % de la población nicaragüense tenía menos de 20 años según el censo de 2005. La población de 10 a 19 años alcanzó en esa misma fecha uno de los mayores volúmenes en su historia: 24,7 % —mientras que en algunos países esta proporción es menor del 20 %; en Cuba por ejemplo es de sólo el 15,2 %. Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política. Marcelina Castillo. Acuerdo de Cooperación CEPAL-UNFPA.

²³ Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2011. La tasa de fecundidad de adolescentes calculada por el MINSa para 2011 es de 104.5 por cada mil nacidos vivos.

total de nacimientos registrados en el país, se ha mantenido en proporciones estables a nivel nacional alrededor de 25 por ciento.

En la RAAN se registra una tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años) fluctuante, que se reduce en 7.4 % en 2008 con respecto a 2007; sube en 2009 (11.9 %) y baja en 2010 (11.1 %). La misma tendencia se aprecia en Jinotega. Se reduce en -7.0 % en 2008 con respecto a 2007; sube en 2009 (3.5 %) y baja en 2010 (-3.5 %). Si comparamos 2010 con 2008 las variaciones no son importantes. Pero con 2007 la reducción es de 8.6 % en la RAAN y 7.1 % en Jinotega²⁴.

Existe información estadística en diferentes temas de salud que no está incorporada a los informes de gestión del MINSA de 2010 y 2011, pero que hace parte de la atención institucional en los territorios. Estos datos no son datos publicados, pero se originan dentro del sistema de salud en los SILAIS. El embarazo de adolescentes (10-19 años), por ejemplo, se encuentra documentado en la RAAN por el componente de atención a las y los adolescentes.

C5. Tasa de Fecundidad registrada en Adolescentes según SILAIS (15 a 19 años)

| Región | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| RAAN | 128.4 | 118.8 | 132.0 | 117.3 |
| Reducción % con el año anterior | | -7.4 | 11.9 | -11.1 |
| Jinotega | 138.0 | 128.3 | 132.8 | 128.1 |
| Reducción % con el año anterior | | -7.0 | 3.5 | -3.5 |
| RAAN reducción % 2010/2007 | | | | 8.6 |
| Jinotega reducción % 2010/2007 | | | | 7.1 |

Fuente: elaboración propia en base al Informe de Gestión Institucional 2010 MINSA. El informe de gestión de 2011 no incluye esta información.

El embarazo registrado en adolescentes de 10 a 14 años en la RAAN, aumentó en 2009 con relación a 2008 en 67 %. Al año siguiente (2010 en relación a 2009) el crecimiento se redujo al 22.1 %. En 2011, en relación a 2010 también se redujo en -6.7 %. Pero si el cálculo se hace para los 4 años del proyecto, el embarazo aumentó en 90.3 % (Ver cuadro C6) en las adolescentes de 10-14 años, es grave este aumento.

En el caso de niñas de 15 a 19 años, aumentó en 2009 con relación a 2008 en 21 %. Al año siguiente (2010 en relación a 2009) el crecimiento creció al 25.6 %. En 2011, en relación a 2010 el crecimiento fue negativo: -6.0 %. Pero si el cálculo se hace para los tres años del proyecto, el embarazo aumenta en 51.0 %.

En Jinotega la información no se presenta por rangos de edad²⁵. En 2009 y 2010 en Jinotega los embarazos atendidos disminuyen en -6.6 % y -19.5 %, respectivamente; y aumentan en 2011 en 25.5 %. En los tres años del proyecto los embarazos atendidos disminuyeron en -5.6 %.

La reducción pretendida en el resultado y expresada en el indicador, de disminuir en un 20 % la tasa de fecundidad después de tres años de implementación del proyecto, no se logró. Los datos oficiales del MINSA reportan una reducción del 8.6 % en la RAAN y 7.1 % en Jinotega

²⁴ El informe de gestión en Salud del MINSA de 2011 no incluye información sobre fecundidad adolescente.

²⁵ Según el SILAIS "a partir de la mitad del año 2010 se implementó por parte de AIMNA una base de datos "paralela" a Estadísticas para llevar el registro de adolescentes, sin embargo contiene un importante sub-registro".

(Cuadro C5.). Sin embargo estos datos debemos matizarlos con el hecho de que aumentó la cobertura de la detección, el acompañamiento y el registro del embarazo de niñas y adolescentes por parte del MINSA.

C6. Embarazos en adolescentes

| Municipios de la RAAN | Rango de edad | Años | | | | Variación % anual | | | |
|---|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* | 09/08 | 10/09 | 11/10 | 11/08 |
| Puerto Cabezas | 10 a 14 | 59 | 66 | 94 | 84 | 11.9 | 42.4 | -10.6 | 42,4 |
| | 15 a 19 | 173 | 349 | 820 | 699 | 101.7 | 135.0 | -14.8 | 304,0 |
| Waspán | 10 a 14 | 36 | 18 | 36 | 32 | -50.0 | 100.0 | -11.1 | -11,1 |
| | 15 a 19 | 376 | 354 | 411 | 522 | -5.9 | 16.1 | 27.0 | 38,8 |
| Rosita | 10 a 14 | 4 | 78 | 85 | 91 | 1,850.0 | 9.0 | 7.1 | 2175,0 |
| | 15 a 19 | 68 | 222 | 234 | 359 | 226.5 | 5.4 | 53.4 | 427,9 |
| Siuna | 10 a 14 | 65 | 92 | 92 | 80 | 41.5 | 0.0 | -13.0 | 23,1 |
| | 15 a 19 | 1,311 | 1,209 | 1,271 | 1,035 | -7.8 | 5.1 | -18.6 | -21,1 |
| Prinzapolka | 10 a 14 | 2 | 17 | 22 | 20 | 750.0 | 29.4 | -9.1 | 900,0 |
| | 15 a 19 | 26 | 106 | 235 | 224 | 307.7 | 121.7 | -4.7 | 761,5 |
| Bonanza | 10 a 14 | 10 | 23 | 30 | 28 | 130.0 | 30.4 | -6.7 | 180,0 |
| | 15 a 19 | 134 | 286 | 201 | 313 | 113.4 | -29.7 | 55.7 | 133,6 |
| Total | 10 a 14 | 176 | 294 | 359 | 335 | 67.0 | 22.1 | -6.7 | 90,3 |
| | 15 a 19 | 2,088 | 2,526 | 3,172 | 3,152 | 21.0 | 25.6 | -0.6 | 51,0 |
| Embarazo de adolescentes atendidos en Jinotega | | | | | | | | | |
| Jinotega | 10 a 19 | 3,048 | 2,847 | 2,292 | 2,877 | -6,6 | -19,5 | 25,5 | -5,6 |

Fuente: elaboración propia en base: Informe anual comparativo 2008-2011. Datos estadísticos del Componente Adolescente (SILAIS RAAN).

La información de Jinotega es del SILAIS. Los datos no se presentan desagregados por edades.

* Preliminar.

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 1 | I2R1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas) |
|------------------------------------|---|

En la matriz de planificación no se menciona fuente de verificación para este indicador. Pero en los Centros de Salud se registra de forma sistemática la información sobre la atención a la anticoncepción y la planificación familiar entre adolescentes, la cual posteriormente se consolida a nivel del SILAIS.

La información base de referencia de este indicador es la situación existente antes de iniciar el proyecto. Pero la redacción del indicador es muy general y no establece una meta a alcanzar, haciendo referencia solamente al porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas).

La información existente no permite demostrar el porcentaje que propone el indicador, ya que los registros de los SILAIS reportan la atención a adolescentes en SSR, pero no el número de adolescentes atendidas.

De todas formas, la información muestra que hay crecimiento en el número atenciones a adolescentes en el uso de anticonceptivos. El número de atenciones a adolescentes mujeres usando métodos anticonceptivos creció en 14.56 % en 2010 en relación a 2007. Los hombres en el mismo período aumentaron en 115.75 %.

C7. Número de adolescentes usando métodos anticonceptivos: Jinotega y RAAN.

| Región | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------------|-------|-------|--------|--------|------|
| RAAN mujer | 9,123 | 5,972 | 11,940 | 10,452 | |
| RAAN hombre | 2,012 | | | 4,341 | |
| Variación % RAAN Mujer | | | | 14.6 | |
| Variación % RAAN Hombre | | | | 115.7 | |
| Jinotega Mujer | | | | 11,522 | 942 |
| Jinotega Hombre | | | | 51 | 21 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

En 2008 y 2009 la información de la RAAN no se desagregó por sexo.

En Jinotega según el propio SILAIS hay sub-registro

Un dato preocupante es el número de adolescentes de 14 años que están recibiendo en la RAAN métodos anticonceptivos. Antes de iniciar el proyecto estas adolescentes no eran registradas en la atención de planificación familiar, embarazo, parto o puerperio. En el año 2011 hasta el nonestre, se registraron en la RAAN un total de 89 adolescentes en planificación familiar (informe subvención 2009). El dato puede tener un sub-registro alto. El Centro de Salud de Waspán en 2010 reportó 83 adolescentes de 14 años en atención pre natal y 63 en 2011. Además se brindaron 266 consultas a adolescentes de 10 a 14 años para planificación familiar. En 2011 reportó estas consultas ascendieron a 336. (Estadísticas del Centro de Salud Waspán).

36

Igualmente en 2007 el uso de anticonceptivos entre adolescentes de 15 a 19 años no se reportaba. En el año 2011 (informe subvención 2009 RAAN) se registraron en el nonestre un total de 1,449 adolescentes usando anticonceptivos. También este dato del informe de subvención de 2009 tiene sub-registro. En Waspán en 2010 el Centro de Salud reporta 4,074 consultas a adolescentes de 15 a 19 años usando anticonceptivos, y en 2011 fueron 5,025.

Más allá del uso de anticonceptivos, la consulta con adolescentes para planificación familiar en la RAAN creció en 368.3 % entre 2008 y 2011; esta tendencia al crecimiento se registra desde 2009 de manera sostenida. En Jinotega no se reportan estas estadísticas.

C8. RAAN: Atención integral a adolescentes en planificación familiar

| Municipios | Número de adolescentes atendidas | | | | Variación porcentual anual | | | |
|----------------|----------------------------------|--------------|---------------|---------------|----------------------------|--------------|-------------|--------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 09/08 | 10/09 | 11/10 | 11/08 |
| Puerto Cabezas | 882 | 1,963 | 5,596 | 9,662 | 122,6 | 185,1 | 72,7 | 995,5 |
| Waspán | 2,019 | 1,487 | 2,422 | 4,911 | -26,3 | 62,9 | 102,8 | 143,2 |
| Rosita | 645 | 984 | 2,695 | 2,700 | 52,6 | 173,9 | 0,2 | 318,6 |
| Siuna | 1,117 | 1,943 | 2,929 | 6,432 | 73,9 | 50,7 | 119,6 | 475,8 |
| Prinzapolka | 77 | 294 | 1,148 | 963 | 281,8 | 290,5 | -16,1 | 1150,6 |
| Bonanza | 886 | 734 | 590 | 1,678 | -17,2 | -19,6 | 184,4 | 89,4 |
| Total | 5,626 | 7,405 | 15,380 | 26,346 | 31,6 | 107,7 | 71,3 | 368,3 |

Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Datos estadísticos del Componente Adolescente (SILAIS RAAN).

3.1.4 Resultado 2

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 2 | R2. Promover la sexualidad responsable y sana con acceso a la educación sexual integral y científica ²⁶ |
| Indicador 1 del Resultado 2 | I1R2. Numero de promotores que realizan actividades educativas en sexualidad entre sus pares |

Para este indicador no se previó fuente de verificación. Sin embargo AIMNA municipal en los Centros de Salud reporta estas actividades y las consolidada AIMNA en el SILAIS.

Entre 2008 y 2011 se duplicó el número de mujeres y hombres haciendo promotoría en SSR, tanto en la RAAN como en Jinotega.

C9. Número de mujeres y hombres promotoras/es que realizan actividades educativas en sexualidad entre sus pares

| Región | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| RAAN mujeres | | 50 | 86 | 84 | 101 |
| RAAN hombres | | 41 | 60 | 66 | 92 |
| Jinotega (*) | 452 | 561 | 560 | 640 | |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

(*) No desagregaron hombres y mujeres

37

Solamente la RAAN reporta jóvenes en promotoría.

C10. Promotoría adolescente en la RAAN (2011)

| Municipios | Número Redes de Promotores | Número de promotores adolescentes | Número club de adolescentes |
|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Puerto Cabezas | 1 | 9 | 2 |
| Waspán | 1 | 10 | 2 |
| Rosita | 1 | 10 | 1 |
| Siuna | 1 | 10 | 4 |
| Prinzapolka | 1 | 10 | 2 |
| Bonanza | 1 | 10 | 3 |
| Total RAAN | 6 | 59 | 14 |

Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Datos estadísticos del Componente Adolescente (SILAIS RAAN).

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 2 | I1R2. Número de hombres y mujeres que participan en actividades educativas en sexualidad |
|------------------------------------|---|

Para este indicador tampoco se previó fuente de verificación. Sin embargo en los Centros de Salud se reportan estas actividades y se consolidan en el SILAIS.

En la RAAN el número de mujeres que participan en actividades educativas en sexualidad creció en 16.12 % en 2010 en relación a 2007. Los hombres en el mismo período disminuyeron

²⁶ Indicador incorporado en los cambios del POA 2009, pero era parte del resultado # 4.

en 2,48 %. Jinotega no reporta cuántas mujeres y hombres participan en actividades educativas en sexualidad.

C11. Número de mujeres y hombres que participan en actividades educativas en sexualidad. Jinotega, RAAN.

| Región | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|-------|-------|-------|------|
| RAAN Mujeres | 3.250 | 3.804 | 3.774 | nd |
| RAAN Hombres | 2.580 | 2.506 | 2.516 | nd |

Fuente: SILAIS RAAN

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 3 del Resultado 2 | I3R2. Incrementar el acceso a la educación sexual integral a todos los sectores de la población considerando edad, sexo y cultura |
|------------------------------------|--|

Este indicador no lo incluyen los informes de gestión institucional del MINSA de 2010 y 2011²⁷; ni se previó en el proyecto una metodología para calcularlo. Una encuesta, hubiera permitido generar esta información, pero no fue considerada en el proyecto. Se sugirieron las listas de participantes con acceso a educación en SSR, pero en las unidades de salud no recogían los datos desagregados por sexo en las actividades educativas. ,

Un punto importante a tener en cuenta es que este Indicador (I3R2), repite el contenido de otros indicadores.

Por ejemplo, se encuentra implícito en el Indicador 1 del Objetivo General: % de la población en Jinotega y la RAAN que conoce sus derechos sexuales y reproductivos;

Y en el Indicador 1 del Objetivo Específico: Número de consultas a servicios de SSR desagregado por sexo y tipo de consulta.

En el objetivo general conocer sus DDSRR implica procesos de educación sexual integral; y en el objetivo específico, las consultas, según la estrategia del MOSAFC, implican también en las familias educación sobre la salud sexual.

También lo incluye el Indicador 2 del Resultado 1: Porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas); el Indicador 1 del Resultado 2: Número de promotores que realizan actividades educativas en sexualidad entre sus pares; y el Indicador 2 del Resultado 2: Número de hombres y mujeres que participan en actividades educativas en sexualidad.

3.1.5 Resultado 3

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 3 | R3. Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos ²⁸ |
| Indicador 1 del Resultado 3 | I1R3. Aumento del acceso a los métodos anticonceptivos en el área rural en un 30% a los tres años de implementado el programa |

Este indicador no lo genera el sistema de información del MINSA, ni se previó en el proyecto una metodología para calcularlo. A nivel de los municipios parte de esta información se

²⁷ en dichos informes se presentan 20 indicadores que se consensuan con la mesa de donantes de salud y de FONSALUD (fondo canasta de donantes para el Ministerio de Salud)

²⁸ Era parte del resultado 1 y 4 del diseño en el proyecto original.

encuentra en el Comparativo Anual de los Servicios Ambulatorios, y no se desagrega por área urbana y rural, ni por etnia.

El indicador en cuestión se debió incluir en el Indicador 2 del Resultado 1: Porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas), y se le debió agregar la categoría urbana y rural.

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 3 | I2R3. Aumento al acceso a la consejería en planificación familiar de hombres y mujeres en el área rural en un 30% a los tres años de implementación del programa |
|------------------------------------|---|

Esta actividad ha sido incorporada recientemente al sistema de estadísticas del MINSA, como consejo y asesoramiento para la anticoncepción, con la prescripción inicial y subsecuente de métodos anticonceptivos. Pero los informes de gestión anual no lo presentan desagregado por territorios.

A nivel nacional esta consejería ocupa el cuarto lugar en las consultas brindadas por el sistema de salud, con el 5.42 %. No hemos podido acceder a información de Jinotega y la RAAN.

De forma indirecta el indicador puede encontrar respuesta en el número de voluntarios que participan en el MOSAFC, ya que muchos de estos (aunque es imposible cuantificarlos) están involucrados en promoción de la planificación familiar.

39

C12. Número de personal voluntario trabajando en el marco del MOSAFC según SILAIS

| Región | Brigadista | Partera | Colaboradores Voluntarios | Total |
|------------------------|---------------|--------------|---------------------------|---------------|
| RAAN | 726 | 799 | 663 | 2,188 |
| Jinotega | 1,975 | 581 | 777 | 3,333 |
| Total Nicaragua | 23,112 | 5,830 | 7,191 | 36,133 |

Fuente: Informe de Gestión en Salud 2011. MINSA

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 3 del Resultado 3 | I3R3. La información sobre los métodos de planificación familiar de hombres y mujeres aumenta desde el inicio del programa hasta su finalización en un 30 % |
|------------------------------------|--|

Este indicador, que se refiere a la información sobre los métodos de planificación familiar de hombres y mujeres, es impreciso, ya que la información para la planificación familiar no viene separada del acceso a ella (educación, uso de métodos anticonceptivos, planificación integral, esterilización, etc.).

La información por ella misma no aporta a la planificación familiar; además, ya estaba considerada en otro indicador con mejor precisión: En el Indicador 2 del Resultado 1 se dice: Porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas).

Además es un indicador sin referencia de base, ya que no hace parte de la información que maneja el SILAIS.

3.1.6 Resultado 4

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 4 | R4. Reducida la Mortalidad Materna y perinatal ²⁹ |
| Indicador 1 del Resultado 4 | I1R4. Reducida la tasa de mortalidad materna en un 30 % en la zona de intervención del proyecto a los tres años de implementación del programa |

La fuente de verificación considerada de la mortalidad materna es ENDESA, de la que aún no existe el último informe. Y el sistema de estadísticas y vigilancia del MINSA facilita el número de muertes maternas para poder elaborar el indicador.

El Resultado 4 y el Indicador 1 del Resultado 4 son iguales, a pesar de que el resultado tiene tres indicadores: reducción de la mortalidad materna, cobertura del cuarto control y del parto institucional.

La reducción de la mortalidad materna es un resultado de impacto de mucha importancia, que recoge uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; en los dos territorios la mortalidad materna superaba varias veces los promedios nacionales. De manera que una reducción esperada del 30 % de la mortalidad materna³⁰, en 4 años, era una cantidad grande para las dimensiones de la problemática en los dos territorios, particularmente en la RAAN, donde la mortalidad triplicaba los promedios nacionales.

40

En Jinotega, con una situación más favorable que la RAAN, la mortalidad materna casi duplicaba el promedio nacional (2006).

Una reducción menor esperada en el indicador, entre el 15 y el 20 %, hubiera sido más factible. Además, en estos casos, es mejor trabajar con el número de muertes y no con tasas³¹, lo que permite una visión mejor del comportamiento de la mortalidad materna entre el personal de salud. En el marco del Proyecto el personal de salud es lo que ha estado monitoreando. Por ser cantidades tan bajas, una muerte, por ejemplo en Bonanza, significa una tasa de mortalidad materna municipal de 125 por cada 100,000 nacidos vivos, el doble de la mortalidad nacional.

Durante la ejecución del proyecto la mortalidad materna en los dos territorios tuvo un comportamiento variable, con años de baja y años de alza, mostrando poca sostenibilidad de los avances. En ese sentido se diferencia de la tendencia nacional que muestra un comportamiento más sostenido a la baja.

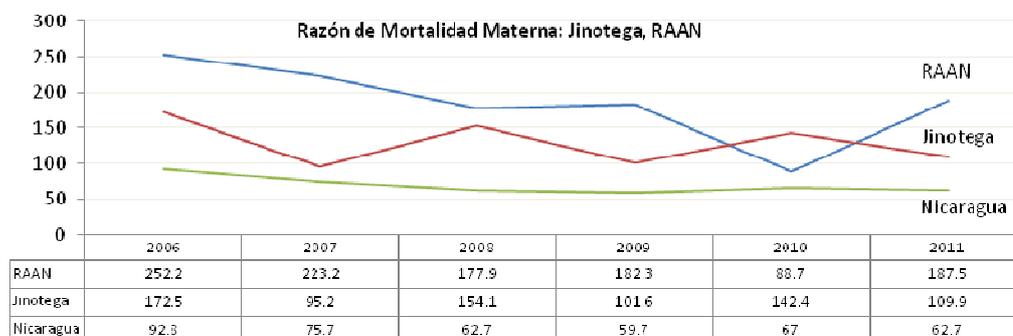
En la RAAN disminuyó la mortalidad materna en -20.3 % en 2008, con respecto a 2007. En 2009, aumentó en 2.5 %. En 2010 disminuyó en -51.3 %, para crecer en 2011 en 114 %. En Jinotega aumentó en 61.9 % en 2008, con respecto a 2007. En 2009 disminuyó en -34.1 %. En 2010 creció en 40.2 %, y en 2011 disminuyó en -22.8 %.

²⁹ En el diseño original (antes del POA 2009) era el resultado # 1.

³⁰ En el diseño del proyecto habían puesto reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna

³¹ Si se tiene el número de muertes siempre se puede calcular la razón de mortalidad materna. Pero el número le posibilita al trabajador de la salud establecer con más claridad la meta que persigue.

Vista la tendencia a lo largo de los 4 años de ejecución del proyecto, en Jinotega, entre 2008 y 2011, la mortalidad materna disminuyó en 28.7 %; en ese mismo período en la RAAN aumentó en 5.4 %. Pero si el año de referencia fuera 2007, en la RAAN la mortalidad materna hubiera disminuido en -16.9 %; y en Jinotega hubiera crecido en 15.4 %.



C13. Razón de Mortalidad Materna: Jinotega, RAAN.

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| RAAN | 255,2 | 223,2 | 177,9 | 182,3 | 88,7 | 187,5 |
| Variación % con el año anterior | | -12,5 | -20,3 | 2,5 | -51,3 | 111,4 |
| Jinotega | 172,5 | 95,2 | 154,1 | 101,6 | 142,4 | 109,9 |
| Variación % con el año anterior | | -44,8 | 61,9 | -34,1 | 40,2 | -22,8 |
| Total Nicaragua | 92.8 | 75.7 | 62.7 | 59.7 | 67.0 | 62.7 |
| Variación % con el año anterior | | -18,4 | -17,2 | -4,8 | 12,2 | -6,4 |
| % Crecimiento / Reducción en 3 Años RAAN (2008-2011) | | | | | | 5,4 |
| % Crecimiento / Reducción en 3 Años Jinotega (2008-2011) | | | | | | -28,7 |
| % Crecimiento / Reducción en 3 Años Nicaragua (2008-2011) | | | | | | 0,0 |
| % Crecimiento / Reducción en 4 Años RAAN (2007-2011) | | | | | | -16,9 |
| % Crecimiento / Reducción en 3 Años Jinotega (2007-2011) | | | | | | 15,4 |

Fuente: Informe de Gestión en Salud 2011. MINSA

La muerte materna adolescente se triplicó en la RAAN entre 2008 y 2011, pasando de 2 muertes en 2008 a 4 en 2009, luego a 1 en 2010 y a 6 en 2011. De Jinotega no tenemos información de 2008, pero entre 2009 y 2011 también triplicaron las muertes maternas de adolescentes (ver cuadro 14).

C14. Mortalidad materna adolescente en la RAAN

| Municipios | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | RAAN | Jinotega | RAAN | Jinotega | RAAN | Jinotega | RAAN | Jinotega |
| Puerto Cabezas | 1 | | | | | | 1 | |
| Waspán | | | 2 | | 1 | | | |
| Rosita | | | 1 | | | | 2 | |
| Siuna | | | | | | | 1 | |
| Prinzapolka | | | | | | | 1 | |
| Bonanza | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| Total RAAN | 2 | | 4 | 1 | 1 | 3 | 6 | 4 |

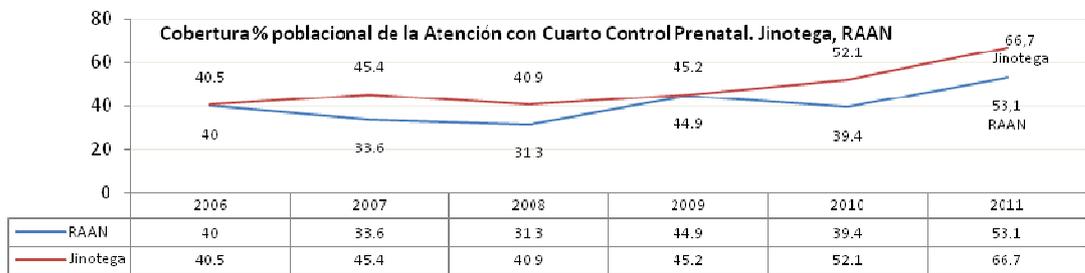
Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Componente Adolescente SILAIS RAAN y Jinotega

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 4 | I2R4. La cobertura del 4º control prenatal aumenta en un 10 % en cada año de implementación del programa |
|------------------------------------|---|

La cobertura del cuarto control prenatal creció en 69.6 % en la RAAN y en 63.1 % en Jinotega. En este caso, la tasa de crecimiento esperada de los controles pre natales, un indicador de proceso, fue conservadora. Bien se pudo esperar un crecimiento mayor.

En la RAAN disminuyó en -6.8 % en 2008, para crecer en 43.5 % en 2009, bajar nuevamente en -12.2 % en 2010 para volver a crecer en 34.8 % en 2011.

En Jinotega el crecimiento fue sostenido. En 40.9 % en 2008, 45.2 % en 2009, 52.1 % en 2010 y 66.7 % en 2011.



C15. Cobertura % mujeres atendidas en relación a los embarazos esperados con el Cuarto Control Prenatal: Jinotega, RAAN

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------------|------|-------|------|------|-------|-------------|
| Raan | 40 | 33.6 | 31.3 | 44.9 | 39.4 | 53.1 |
| Variación % con el año anterior | | -16.0 | -6.8 | 43.5 | -12.2 | 34.8 |
| Jinotega | 40.5 | 45.4 | 40.9 | 45.2 | 52.1 | 66.7 |
| Variación % con el año anterior | | 12.1 | -9.9 | 10.5 | 15.3 | 28.0 |
| Crecimiento en 3 años RAAN | | | | | | 69,6 |
| Crecimiento en 3 años Jinotega | | | | | | 63,1 |
| Nicaragua | 43.2 | 53.6 | 54.9 | 59.8 | 60.4 | 69.8 |
| Variación % con el año anterior | | 24,1 | 2,4 | 8,9 | 1,0 | 15,6 |
| Crecimiento en 3 años Nicaragua | | | | | | 27.1 |

Fuente: elaboración propia en base al Informe de Gestión en Salud 2011. MINSa

El control prenatal en adolescentes en la RAAN tuvo el siguiente comportamiento: el 2º control en 2011 en relación a 2010, creció en 0.4 %; en cambio el 4º control en 2011 en relación a 2010, se redujo en -20.3 %

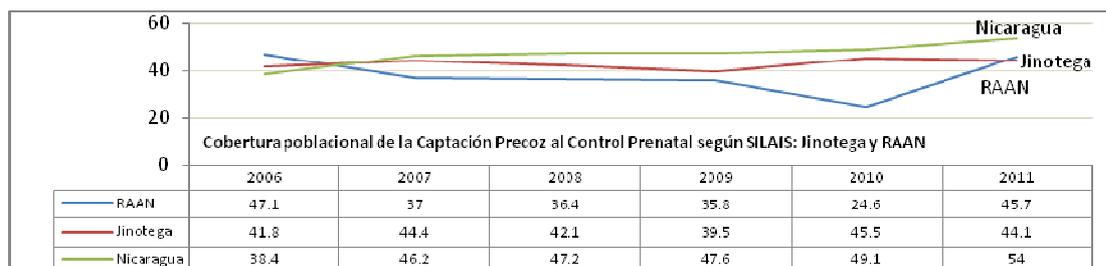
El 4º control en relación al 2º control en 2010 se redujo en 18.3 %; y el 4º control en relación al 2º control en 2011 se redujo en 35.2 %.

C16. RAAN: 4º control entre adolescentes

| Municipios | 2º control | | 4º control | | Variación anual 2011/2010 | | Variación entre Control 2011/2010 | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|
| | 2010 | 2011 | 2010 | 2011 | 2º Control | 4º Control | 4º/2º 2010 | 4º/2º 2011 |
| Puerto Cabezas | 137 | 294 | 364 | 329 | 114,6 | -9,6 | 165,7 | 11,9 |
| Waspán | 170 | 215 | 155 | 57 | 26,5 | -63,2 | -8,8 | -73,5 |
| Rosita | 143 | 95 | 135 | 79 | -33,6 | -41,5 | -5,6 | -16,8 |
| Siuna | 863 | 725 | 482 | 405 | -16,0 | -16,0 | -44,1 | -44,1 |
| Prinzapolka | 138 | 122 | 45 | 46 | -11,6 | 2,2 | -67,4 | -62,3 |
| Bonanza | 126 | 133 | 108 | 111 | 5,6 | 2,8 | -14,3 | -16,5 |
| Total | 1,577 | 1,584 | 1,289 | 1,027 | 0,4 | -20,3 | -18,3 | -35,2 |

Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Componente Adolescente. SILAIS RAAN

La cobertura de la captación precoz al control prenatal (en el primer trimestre del embarazo), aún que muestra una tendencia al alza, manifiesta también alzas y bajas en los 4 años. En la RAAN creció en 25.5 % entre 2008 y 2011; en Jinotega se registra un crecimiento modesto del 4.7 %. A nivel nacional se registra un crecimiento sostenido, con una tasa de crecimiento del 14.6 % durante los 3 años.



43

C17. Cobertura poblacional de la Captación Precoz al Control Prenatal según SILAIS: Jinotega y RAAN

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|-------------|
| RAAN | 47.1 | 37.0 | 36.4 | 45.8 | 34.6 | 45.7 |
| Jinotega | 41.8 | 44.4 | 42.1 | 39.5 | 45.5 | 44.1 |
| Total Nicaragua | 38.4 | 46.2 | 47.2 | 47.6 | 49.1 | 54.0 |
| Crecimiento en 3 años RAAN | | | | | | 25.5 |
| Crecimiento en 3 años Jinotega | | | | | | 4.7 |

Fuente: elaboración propia en base a Informe de Gestión en Salud 2011. MINSa

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 3 del Resultado 4 | I3R4. La cobertura del parto institucional referido y/o acompañado por parteras aumenta en un 30% a los tres años de implementado el programa |
|------------------------------------|--|

Esta información la levanta el MINSa anualmente de forma sistemática.

La cobertura del parto institucional creció de manera sostenida en la RAAN y Jinotega, creciendo en Jinotega en 78.8 %, mientras en la RAAN aumentó 48.6 %.

C18. Cobertura de parto institucional en servicios del MINSA. RAAN y Jinotega

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------|-------|------|------|--------|------|
| RAAN partos esperados | | | | | 11,938 | |
| RAAN partos atendidos | | | | | 5,556 | |
| Jinotega partos esperados | | | | | 16,422 | |
| Jinotega partos atendidos | | | | | 11,926 | |
| RAAN % de la cobertura institucional MINSA | 50.4 | 42.7 | 39.3 | 45.2 | 46.5 | 58.4 |
| Variación % de la cobertura con año anterior | | -15.3 | -8.0 | 15.0 | 2.9 | 25.6 |
| RAAN % partos atendidos en U. Salud públicas o privadas | 52.5 | 44.4 | 41.1 | 47.9 | 46.5 | 60.1 |
| Jinotega % de la cobertura institucional MINSA | 38.0 | 39.6 | 38.6 | 44.0 | 72.6 | 69.0 |
| Variación % de la cobertura con año anterior | | 4.2 | -2.5 | 14.0 | 65.0 | -4.9 |
| Jinotega % partos atendidos en U. Salud públicas o privadas | 53.2 | 56.4 | 54.9 | 60.9 | 65.7 | 74.4 |
| Crecimiento de la cobertura en 3 Años RAAN | | | | | | 48.6 |
| Crecimiento de la cobertura en 3 Años Jinotega | | | | | | 78.8 |

Fuente: elaboración propia a partir del Informe de Gestión Institucional 2010 MINSA, e Informe de Gestión en Salud 2011. MINSA

44

La cobertura del parto institucional en adolescentes creció en la RAAN, alcanzado a lo largo del proyecto un crecimiento del 137.9 %. Estas adolescentes representaron el 41.7 % de los partos institucionales atendidos por el MINSA.

C19. RAAN: Atención de partos en adolescentes

| Municipios | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-----------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Institucional | Domiciliar | Institucional | Domiciliar | Institucional | Domiciliar | Institucional | Domiciliar |
| Puerto Cabezas | 534 | | 786 | 33 | 828 | 23 | 1146 | 18 |
| Waspán | 188 | 30 | 193 | 106 | 207 | 158 | 268 | 114 |
| Rosita | 108 | 86 | 167 | 66 | 195 | 69 | 339 | 18 |
| Siuna | 115 | 18 | 285 | 178 | 491 | 155 | 575 | 69 |
| Prinzapolka | 2 | 17 | 19 | 36 | 11 | 60 | 54 | 69 |
| Bonanza | 78 | 20 | 66 | 52 | 112 | 10 | 163 | 12 |
| Total | 1025 | 171 | 1516 | 471 | 1844 | 475 | 2545 | 300 |
| Institucional + domiciliar | 1,196 | | 1,987 | | 2,319 | | 2,845 | |
| Tasa de crecimiento anual | | | 66.1 | | 16.7 | | 22.7 | |
| Crecimiento % en 4 años | | | | | | | 137.9 | |

Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Componente Adolescente. SILAIS RAAN

En el caso de Jinotega la información se encuentra a partir de 2009, y se presenta en porcentajes de partos institucionales sobre partos esperados en adolescentes, registrando un crecimiento del 6.7 % entre 2009 y 2011.

C20. Jinotega: porcentajes de partos de mujeres adolescentes atendidos por el SILAIS

| Municipios | Partos Atendidos por el MINSA | | | Variación % interanual | | |
|------------------|-------------------------------|-----------|-----------|------------------------|------------|------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 10/09 | 11/10 | 11/09 |
| Cua | 34 | 35 | 35 | 2,9 | 0,0 | 2,9 |
| Jinotega | 30 | 27 | 29 | -10,0 | 7,4 | -3,3 |
| La Concordia | 25 | 23 | 33 | -8,0 | 43,5 | 32,0 |
| Bocay | 29 | 33 | 36 | 13,8 | 9,1 | 24,1 |
| San Rafael del N | 27 | 29 | 31 | 7,4 | 6,9 | 14,8 |
| Yalí | 30 | 32 | 29 | 6,7 | -9,4 | -3,3 |
| Pantasma | 30 | 33 | 30 | 10,0 | -9,1 | 0,0 |
| Wiwilí | 28 | 29 | 32 | 3,6 | 10,3 | 14,3 |
| Total | 30 | 30 | 32 | 0,0 | 6,7 | 6,7 |

Fuente: Informe anual comparativo 2008-2011. Componente Adolescente. SILAIS RAAN

Las casas maternas objeto de intervenciones específicas en el proyecto (infraestructura, mejora de la atención y la cobertura), no tienen expresión en la matriz de planificación del proyecto.

En la RAAN el 22.4 % de los partos atendidos institucionalmente en 2010³², las parturientas pasaron por las Casas Maternas. En Jinotega fue el 23.3 %.

La tasa de crecimiento de la atención brindada por las Casas Maternas durante los tres años del proyecto fue de 65.8 % en la RAAN y 141.5 % en Jinotega.

C21. Mujeres embarazadas que utilizan las Casas Maternas para recibir atención institucional del parto con calidad

| Región | Mujeres Atendidas en las Casas Maternas | | | | | | | Variación % interanual | | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 06/05 | 07/06 | 08/07 | 09/08 | 10/09 | 11/10 |
| RAAN | 882 | 890 | 1,052 | 1,097 | 1,361 | 1,247 | 1,819 | 0.9 | 18.2 | 4.3 | 24.1 | -8.4 | 45.9 |
| Jinotega | 808 | 1,212 | 1,245 | 1,633 | 2,773 | 2,776 | 3,943 | 50.0 | 2.7 | 31.2 | 69.8 | 0.1 | 42.0 |
| Promedio: Mujeres atendidas por municipio | | | | | | | | | | | | | |
| RAAN | 147 | 148 | 175 | 183 | 227 | 208 | 303 | 0.7 | 18.2 | 4.6 | 24.0 | -8.4 | 45.7 |
| Jinotega | 101 | 152 | 156 | 204 | 347 | 347 | 493 | 50.5 | 2.6 | 30.8 | 70.1 | 0.0 | 42.1 |
| Crecimiento de las mujeres atendidas 2011/2008 | | | | | | | | | | | | | |
| RAAN crecimiento cobertura de Casas Maternas en 4 años % | | | | | | | | | | | | | 65.8 |
| Jinotega crecimiento cobertura de Casas Maternas en 4 años % | | | | | | | | | | | | | 141.5 |

Fuente: Elaboración propia en base a: Informe de Gestión Institucional en Salud 2010 MINSAs; e Informe de Gestión en Salud 2011 MINSAs.

³² El informe de gestión de 2011 no tiene información de las Casas Maternas por territorios.

3.1.7 Resultado 5

| | |
|------------------------------------|--|
| Resultado 5 | R5. Mejorado el conocimiento de la situación sobre ITS/VIH y SIDA y contenido el avance de la epidemia ³³ |
| Indicador 1 del Resultado 5 | I1R5. El número de pruebas que se realizan en la zona de intervención del programa aumenta en un 30% a los tres años de implementación del programa |

A pesar de que las pruebas de VIH/SIDA fueron una actividad fuerte en el proyecto, no se reporta información al respecto en los SILAIS.

Sin embargo el Informe de Gestión Institucional de 2010 del MINSA reporta más de 20 mil pruebas tomadas a más de 26 mil quinientas mujeres embarazadas, con una cobertura del 77.3 % en la RAAN y del 77.7 % en Jinotega. Para 2011 el informe no reporta información al respecto.

C22. Porcentaje de embarazadas captadas que se realizan prueba para detectar VIH según SILAIS 2010

| Región | Embarazadas captadas | Pruebas Tomadas | % captadas con prueba realizada |
|----------|----------------------|-----------------|---------------------------------|
| Raan | 12,220 | 9,444 | 77.3 |
| Jinotega | 14,292 | 11,102 | 77.7 |

Fuente: Informe de Gestión Institucional 2010 MINSA

El mismo informe reporta la realización de 17,496 pruebas rápidas en los dos territorios, de las cuales el 89.8 % se realizaron en la RAAN. En Jinotega, según los informes del SILAIS, existe sub-registro de la información.

Un dato importante para medir el impacto de esta intervención del proyecto es que representa el 25 % de todas las pruebas rápidas para detectar VIH realizadas en el país.

C23. Número de Pruebas Rápidas para detectar VIH realizadas en población general, pacientes con Tuberculosis y con otras infecciones de transmisión sexual según SILAIS. 2010

| Región | Población general | Con Tuberculosis | Con otras ITS | Total | Distribución % |
|--------------|-------------------|------------------|---------------|---------------|----------------|
| Raan | 14,155 | 186 | 1,373 | 15,714 | 89.8 |
| Jinotega | 1,666 | 48 | 68 | 1,782 | 10.2 |
| Total | 15,821 | 234 | 1,441 | 17,496 | 100.0 |

Fuente: Informe de Gestión Institucional 2010 MINSA

³³ En el diseño original (antes del POA 2009) era el resultado # 2.

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 5 | I2R5. Prevalencia de VIH entre jóvenes de 15 a 24 años |
|------------------------------------|---|

Sobre el VIH solamente existe información del SILAIS de la RAAN. El cuadro que reproducimos a continuación muestra cantidades anuales ascendentes de pacientes que reciben tratamiento retroviral; igualmente, tasas ascendentes de incidencia y prevalencia, las que registran una caída abrupta en 2011, que parecen indicar la existencia de información incompleta para ese año.

C24. Número de pacientes con tratamiento retroviral; Tasa de incidencia y Prevalencia por cada 10,000 habitantes: RAAN

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Raan | 6 | 10 | 9 | 10 | 31 | 34 |
| Tasa Incidencia (RAAN) | 1,01 | 1,40 | 1,20 | 2,10 | 1,99 | 1,01 |
| Tasa Prevalencia (RAAN) | 2,30 | 4,10 | 4,70 | 5,40 | 6,90 | 2,30 |

Fuente: SILAIS RAAN

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 3 del Resultado 5 | I3R5. Porcentaje de personas con VIH SIDA con acceso a tratamiento |
|------------------------------------|---|

47

El número de personas que conviven con VIH y reciben tratamiento anti-retroviral, según el Informe de Gestión Institucional de 2010, son 28 casos en la RAAN ese año, y 15 en Jinotega.

No hay referencias a cuantas son las personas portadoras del VIH y SIDA, que permitiría establecer el porcentaje de personas con tratamiento.

C25. Número de personas que conviven con VIH y reciben tratamiento anti-retroviral según SILAIS 2010

| Región | N° de Pacientes |
|-----------------|-----------------|
| RAAN | 28 |
| Jinotega | 15 |
| Total Nicaragua | 1,317 |

Fuente: Informe de Gestión Institucional en Salud 2010 MINSa

3.1.8 Resultado 6

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 6 | R6. Mejorada la atención y prevención de la violencia de género en la población de Jinotega y la RAAN ³⁴ |
| Indicador 1 del Resultado 6 | I1R6. N° de Centros de salud que institucionalizan el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género, cuentan con flujograma de atención y plan de formación de personal de salud |

Los informes de los SILAIS señalan que en el 100 % de los Centros de Salud y sus unidades comunitarias (Puestos de Salud), de los dos territorios, desde 2010 han institucionalizado el

³⁴ En el diseño original (antes del POA 2009) era el resultado # 3.

protocolo de atención a las víctimas de violencia de género, cuentan con flujograma de atención y existe un plan de formación de personal de salud en el tema.

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 2 del Resultado 6 | I2R6. Existencia de sistema de registro de casos de Violencia de Género (formato, definiciones, plan de análisis y diseminación de los datos) en las Unidades de salud y centros de mujeres |
|------------------------------------|--|

El indicador se refiere a la existencia de sistemas de registro de casos de la violencia de género, y no a la atención de los casos de violencia. En todos los Centros y Unidades de Salud y Hospitales de la RAAN existe registro de casos de violencia de género, pero limitada a las situaciones de salud y psicológicas (lesiones físicas, violación, estupro, incesto, maltrato psicológico, etc.), ya que el énfasis de las unidades de salud es la atención (de la salud) de la persona afectada por la violencia.

En las Organizaciones de Mujeres³⁵ existen registros de la violencia basada en género, con un nivel de diferenciación mayor de la atención de los casos por tipo de violencia, incluyendo lesiones físicas, femicidio, violación, estupro, incesto, maltrato psicológico, violencia patrimonial, amenazas de muerte, raptó, pensión de alimentos, acoso sexual, maltrato a menores, violencia económica, derecho a tener un nombre; acompañamiento y orientación jurídica. Sin embargo los registros de violencia de las organizaciones de mujeres no se incorporan a los informes del SILAIS, aunque algunos de los casos están registrados en ambos.

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 3 del Resultado 6 | I3R6. Existencia de comisiones intersectoriales de prevención de la violencia de género activas en los municipios con planes de salud para la atención y detección de la misma |
|------------------------------------|---|

La RAAN reporta 5 comisiones intersectoriales de lucha contra la violencia y Jinotega solamente 1, que tiene carácter departamental.

C26. Comisiones intersectoriales de prevención de la violencia de género funcionando y con planes de trabajo. Jinotega, RAAN: 2006-2011

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| Raan | | | | 5 | 5 | 5 |
| Jinotega | | | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 4 del Resultado 6 | I4R6. Listado de investigaciones sobre la violencia de género y los efectos en la salud de las mujeres y la niñez |
|------------------------------------|--|

Se realizaron tres investigaciones sobre la violencia de género y los efectos en la salud de las mujeres y la niñez: “Metodologías para el análisis y prevención de las muertes maternas en la RAAN”; el “Diagnóstico Externo de la Comisión Territorial de Apoyo a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual de Jinotega”; y la “Línea de base para el abordaje de la violencia en el SILAIS – Jinotega”.

³⁵ El Movimiento de Mujeres Nidia White, con sede en Bilwi, municipio de Puerto Cabezas, cubrió institucionalmente la participación en el proyecto (Violencia basada en Género) del Movimiento de Mujeres de Rosita Nora Astorga, Movimiento de Mujeres de Siuna Paula Mendoza y el Movimiento de Mujeres de Bonanza Cristina Rugama; además existen otros dos grupos fuera del proyecto: Grupo de Mujeres Sumas Rigoberta Menchú, y Mujeres en Defensa de la Vida de Siuna.

**Indicador 5 del
Resultado 6****ISR6. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y sexual**

Para este indicador no se definió el tipo de tasa (general o por tipo de violencia) que se quería calcular, ni se generó una metodología para calcularla.

El MINSA atiende sobre todo los casos de violencia física que requieren atención médica. Las Organizaciones de Mujeres de la región tienen un registro mayor sobre violencia intrafamiliar y sexual, pues no solo atienden a las que llegan a poner denuncia (Ej. Comisarías de la Mujer y la Niñez) o las que ameritan atención de salud, pero no se estableció coordinación entre los SILAIS y estos para registrarla. Pero si hay coordinación en la mayoría de los territorios para las referencias y contrarreferencias de las víctimas o sobrevivientes.

En los SILAIS existe información sobre el número de casos de violencia intrafamiliar y sexual atendidos en las unidades de salud, con la que se puede producir una tasa de crecimiento anual. Las mujeres atendidas por violencia basada en género aumentó en 235.2 % en la RAAN y en 4.4 % en 2011 con respecto a 2008.

C27. Número de mujeres atendidas por Violencia de Género. RAAN y Jinotega

| Región | Número de casos | | | | | | Variación % interanual | | | | | |
|----------|-----------------|------|------|------|------|------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 07/06 | 08/07 | 09/08 | 10/09 | 11/10 | 11/08 |
| Raan | 14 | 17 | 54 | 73 | 66 | 181 | 21,4 | 217,6 | 35,2 | -9,6 | 174,2 | 235,2 |
| Jinotega | | 138 | 204 | 419 | 534 | 213 | 0,0 | 47,8 | 105,4 | 27,4 | -60,1 | 4,4 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

Estos datos solo reflejan los casos atendidos en las unidades de salud, y la carga en salud de la violencia, pero no la magnitud de la violencia hacia las mujeres, que eso solo se determina en estudios de población. De todos modos se considera que hay sub-registro, pues no siempre se detecta desde salud que están sufriendo violencia. Ha habido un impacto positivo en la RAAN de un mayor registro, que también lo hubo en Jinotega, excepto en 2011, y sería importante averiguar porque dicho descenso.

Solamente el Movimiento de Mujeres de Rosita (Nora Astorga), entre febrero y diciembre de 2011, reporta 560 casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, más de 3 veces que las reportadas por SILAIS para toda la región.

3.1.9 Resultado 7

| | |
|------------------------------------|---|
| Resultado 7 | R7. Disminuida la morbilidad de los tumores malignos del aparato reproductor femenino y masculino ³⁶ |
| Indicador 1 del Resultado 7 | I1R7. Cobertura de PAP, aumenta en un 30 % en las unidades de salud en los 3 años de implementación del programa |

El crecimiento en la cobertura del PAP, especialmente entre mujeres rurales, fue uno de los grandes aportes del proyecto. En la RAAN en 2011 aumentó 132.6 % y en Jinotega el 50.3 %, durante el proyecto.

Aunque la información sobre mujeres urbanas y rurales que recibieron el PAP existe en las Unidades de Salud y los SILAIS, los datos en el informe de gestión del MINSa se presentan generales, sin diferenciarlas.

C28. Citología Vaginal de primera vez. RAAN y Jinotega

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Raan | 2,724 | 2,723 | 3,371 | 3,807 | 5,307 | 7,841 |
| Variación % con año anterior | | 0,0 | 23,8 | 12,9 | 39,4 | 47,7 |
| Jinotega | 8,026 | 7,169 | 7,830 | 7,526 | 8,121 | 11,771 |
| Variación % con año anterior | | -10,7 | 9,2 | -3,9 | 7,9 | 44,9 |
| 3 Años RAAN | | | | | | 132,6 |
| 3 Años Jinotega | | | | | | 50,3 |

Fuente: Informe de Gestión en Salud 2011. MINSa

El laboratorio de Citología está equipado con microscopios binoculares y posee insumos para procesar las muestras. La capacidad instalada de este laboratorio es de 1,056 citologías mensual. Desde noviembre de 2010 se ha notado una mejora en la productividad pasando de un promedio de 599 citologías leídas a 1,006 en los meses de diciembre y enero de 2011.

| Enero 10 | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero 11 |
|----------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|----------|
| 320 | 442 | 623 | 443 | 587 | 477 | 561 | 1065 | 638 | 635 | 801 | 1004 | 1008 |

Los datos proporcionados por los SILAIS no permiten tener claridad sobre los éxitos o limitaciones que se encuentran en los esfuerzos por reducir las muertes de cáncer cérvico-uterino. La información en la RAAN se presenta como tasa de mortalidad, mientras en Jinotega por número de muertes, y los Informes de Gestión Institucional de 2010 y 2011 no hacen referencia a este dato.

C29. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 35 años. RAAN Y Jinotega

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| RAAN (Tasa de mortalidad) | 20,8 | 25,2 | 16,3 | 4,0 | 4,0 | |
| Jinotega (Número de muertes) | | 0 | 3 | 5 | 4 | 5 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

³⁶ En el diseño original (antes del POA 2009) era el resultado # 5.

Otra información disponible sobre el cáncer cérvico-uterino es la siguiente:

C30. Casos positivos de LIE por municipio RAAN 2011

| Municipios | Lesión Intraepitelial de Bajo Grado | | Lesión Intraepitelial de Alto Grado | | Total |
|-------------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------|------------|
| | IVPH | NIC I D. Leve | NIC II D. Moderada | NIC III Severa In Situ | |
| CAIMCA | 8 | 30 | 9 | 0 | 47 |
| Policlínico Bilwi | 13 | 44 | 22 | 0 | 79 |
| Bonanza | 9 | 15 | 6 | 0 | 30 |
| Rosita | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| Waspán | 5 | 7 | 8 | 0 | 20 |
| Siuna | 2 | 10 | 5 | 0 | 17 |
| Hospital | 3 | 8 | 4 | 0 | 15 |
| Total | 40 | 119 | 54 | 0 | 213 |

Fuente: Informe de Visita de Monitoreo al Municipio de Waspán, Bilwi y Laboratorio (RAAN) 23 al 26 de febrero 2012 MOVICANCER NICARAGUA-AECID-MINSA

... La cantidad de mujeres con Ca invasor de todo el SILAIS son 40 y el SILAIS no dispone de recursos para asegurar el seguimiento y tratamiento. De estas pacientes se sabe que están diagnosticadas pero por la falta de acceso a tratamiento descentralizado de la quimioterapia muchas por no decir todas estas pacientes han abandonado el tratamiento.

En este sentido, se adjunta tabla donde se visibiliza los casos positivos de LIE por municipio. La fuente es el reporte mensual de laboratorio. Esto no se limita a los casos diagnosticados por citología, también habrá que incluir los diagnosticados por IVAA. En el caso de Waspán hay que incluir el registro de 2009, donde se identifican pacientes con LIE y que no han recibido Tratamiento.

Fuente: Informe de Visita de Monitoreo al Municipio de Waspán, Bilwi y Laboratorio (RAAN) 23 al 26 de febrero 2012 MOVICANCER NICARAGUA-AECID-MINSA

En Jinotega la situación es la siguiente:

C31. Lesiones de bajo y alto grado captadas SILAIS Jinotega

| Lesiones de bajo y alto grado | 2010 | 2011 |
|-------------------------------|------|------|
| HPV | 32 | 53 |
| NIC I | 19 | 37 |
| NIC II | 8 | 17 |
| NIC III | 2 | 5 |
| C.A | 1 | 8 |
| Total | 72 | 120 |

Fuente: Libro de registro AIMNA SILAIS

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 2 del Resultado 7 | I2R7. Tasa de mortalidad materna de cáncer mama en mujeres mayores de 35 años. |
|------------------------------------|---|

Los datos proporcionados en cáncer de mamas por los SILAIS no permiten tener claridad sobre los éxitos o limitaciones que se encuentran en los esfuerzos por reducir la mortalidad por este tipo de cáncer. La información de los dos territorios se presenta como número de muertes, y los Informes de Gestión Institucional de 2010 y 2011 no hacen referencia a este dato.

C32. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores de 35 años. RAAN Y Jinotega

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| RAAN (Tasa de mortalidad) | | | | 2 | | |
| Jinotega (Número de muertes) | | 0 | 3 | 5 | 4 | 5 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

| | |
|------------------------------------|--|
| Indicador 3 del Resultado 7 | I3R7. Cobertura de mamografías u otras pruebas diagnósticas de cáncer de mama |
|------------------------------------|--|

Los SILAIS no reportan datos sistemáticos sobre la cobertura de mamografías u otras pruebas diagnósticas sobre cáncer de mamas.

Jinotega reporta 60 pruebas diagnósticas de biopsia por aguja fina en 2008 y 43 en 2009. No reporta para los años siguientes. En la RAAN no existe información reportada.

| | |
|------------------------------------|---|
| Indicador 4 del Resultado 7 | I4R7. Cobertura de examen de PSA por municipio |
|------------------------------------|---|

La Información de los SILAIS en la RAAN es sobre número de muertes, y en Jinotega sobre casos de cáncer reportados.

C33. Cáncer de próstata reportados en la RAAN 7y Jinotega

| Región | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| RAAN muertes por cáncer de próstata | 3 | 4 | 10 | 3 | 3 | |
| Jinotega casos de cáncer de próstata | | 10 | 3 | 5 | 4 | 5 |

Fuente: SILAIS Jinotega y RAAN

Todos estos resultados del apoyo brindado por el proyecto a la implementación de la ENSSR no han sido difundidos, no habiendo publicaciones sobre las realizaciones logradas en los cuatro años.

Las acciones del proyecto sobre derechos en salud sexual y reproductiva así como la continuidad de sus resultados, tienen como garantía el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y del equipamiento al sistema de salud, logrado durante su ejecución, así como el hecho de que el país ha construido y se encuentra impulsando una estrategia de salud sexual y reproductiva.

En la actualidad se ejecutan proyectos sobre DDSSRR con financiamiento del Sistema de Naciones Unidas , y de la Iniciativa Mesoamericana³⁷ así como otras acciones llevadas a cabo por ONGs españolas o internacionales , que durante la ejecución del proyecto mantuvieron un alto nivel de coordinación con los SILAIS.

La participación de la población beneficiaria en el proceso de evaluación ha sido alta. En esta última se entrevistaron en la RAAN a 42 trabajadoras y trabajadores de las diferentes especialidades de la salud, y de las Organizaciones de Mujeres. En Jinotega fueron 24 las personas entrevistadas.

³⁷ Fundacion Bill y Melinda Gates, Slim, AECID y BID

Además se realizaron 19 sesiones de entrevistas con funcionarios del MINSA, AECID y funcionarias de la cooperación internacional y el movimiento de mujeres.

Es muy temprano para decir si se mantendrá la capacidad del proyecto para ampliar la cobertura de los servicios sexuales y reproductivos ofrecidos por el MINSA, en los territorios en los que intervino el proyecto. Continúan las acciones y existen proyectos de la cooperación internacional que actúan sobre los mismos objetivos de la ENSSR, y los que impulsos el proyecto mejora de los DDSSRR.

3.1.10 Otros Resultados

La ejecución del proyecto no consideró en el marco lógico algunos resultados importantes, especialmente el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud, de las parteras comunitarias y miembros de la Red Comunitaria de Salud y del personal de las Casas Maternas; la capacitación y sensibilización de jóvenes y el involucramiento de las autoridades municipales en el tema de DDSSRR; así mismo la dotación de equipamiento para el diagnóstico del cáncer, para el transporte de pacientes con problemas para el parto, y la construcción de infraestructura para la atención específica de la mortalidad materna, y la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, que mejoraron la capacidad de atención a la población que demanda servicios de salud públicos, especialmente en SSR.

53

La ejecución del proyecto privilegió la capacitación de los y las beneficiarias directas, para que pudieran apoyar, atender y fortalecer los conocimientos y los procesos entre la población (beneficiaria indirecta), en los temas de la salud sexual y reproductiva.

Las capacitaciones fueron realizadas normalmente en jornadas de varios días con el personal de salud; y llegaron a incluir procesos formales de capacitación como diplomados y maestrías en temas de salud.

En el caso de los miembros de la Red de Salud Comunitaria, maestros, maestras, líderes y lideresas religiosas, las capacitaciones fueron durante un día, repitiendo los temas en diversas jornadas.

La información sobre las acciones de capacitación con los beneficiarios y beneficiarias se encuentra en los informes de las 3 subvenciones de 2007, 2008 y 2009, pero solamente para la RAAN. En Jinotega los informes de las subvenciones tienen una lógica diferente a los de la RAAN, y no cuantifican las capacitaciones ni las temáticas, limitándose en la mayoría de los casos a la mención de capacitaciones en general sobre temas de salud sexual y reproductiva.

En total en la RAAN participaron en estas capacitaciones 1,793 Trabajadores de la Salud (enfermeras, médicos y médicas y personal técnico), de las cuales 1,198, el 66.8 %, fueron mujeres.

Entre el liderazgo comunitario participaron 3,981 personas, de las cuales 3,018 fueron mujeres, el 77.6 % del total. (Ver anexo 5 las actividades desarrolladas por el Proyecto)

RAAN: Beneficiarios directos capacitados

| Informes de Subvenciones | Trabajadores de la Salud | | | Liderazgo Comunitario | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------|-------------|-----------------------|--------------|-------------|
| | Total | Mujeres | % | Total | Mujeres | % |
| Subvención 2007 | 1,009 | 613 | 60.7 | 1,490 | 743 | 49.8 |
| Subvención 2008 | 325 | 242 | 74.4 | 1,044 | 567 | 54.3 |
| Subvención 2009 | 459 | 343 | 74.3 | 1,357 | 1,708 | 79.4 |
| Total | 1,793 | 1,198 | 66.8 | 3,891 | 3,018 | 77.6 |

Fuente: Justificación técnica o Informe final de ayuda o subvención de la AECID 2007, 2008 y 2009

Los temas abordados sobre salud sexual y reproductiva, tanto para el personal de salud como para el liderazgo comunitario, se presentan en el Anexo 5.

IV.**C****Conclusiones y Recomendaciones**

⇒ **C1.** El proyecto, desde su diseño, en su intencionalidad y en sus procesos de ejecución, supo adoptar y adaptarse al principio de alineación de la cooperación internacional a los procesos nacionales, actuando de hecho como un apoyo presupuestario sub-sectorial; facilitando los medios para que el MINSA iniciara el proceso de aplicación de la ENSSR, permitiendo aprovechar el proyecto a nivel de pilotaje.

El proyecto fue eficiente en el cumplimiento de los objetivos y resultados planteados, fomentado el ejercicio de los DDSSRR y el acceso a los servicios de SSR en la población del Departamento de Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte.

➔ **R1.** La alineación de la cooperación internacional a los procesos nacionales es una condición, replicable, del éxito del proyecto DDSSRR.

⇒

C

C2. Los procesos de participación, tanto en el diseño como en la elaboración de los POAs, involucraron al personal de salud de las líneas de mando central, de los SILAIS, los equipos municipales de las unidades de salud (Directores de Hospitales, Policlínicos y Centros de Salud; y responsables de componentes y áreas), organizaciones de mujeres vinculadas al proyecto y las responsables de las Casas Maternas. La participación de los trabajadores de base, las personas de la Red de Salud Comunitaria, las maestras y maestros y el liderazgo religioso, se vincularon a la elaboración de los POA como trasmisores de las demandas comunitarias.

55

➔

R

2. El involucramiento de los y las beneficiarias directas en los procesos de diseño del proyecto, y la elaboración de los POAs, es una condición que fortalece el empoderamiento con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva implementada por el Gobierno de Nicaragua.

⇒

C

3. Una debilidad relevante fue la falta de la línea de base del proyecto, y de un sistema de monitoreo y evaluación adecuado a la matriz de planificación del proyecto.

➔

R

3. Se debe contar desde el primer año de un proyecto con una línea de base y un sistema de monitoreo y evaluación, que permita tener claridad hacia donde se pretende llegar, facilitando el monitoreo de los resultados propuestos, conforme a las metas establecidas en cada uno de sus indicadores, posibilitando la corrección de errores y debilidades sobre la marcha.

⇒

C

4. El diseño del proyecto plantea debilidades. Los objetivos, resultados e indicadores están dirigidos a medir las intervenciones sobre DDSSRR en la población y no en los beneficiarios

y beneficiarias directas, que era el personal de salud de ambos SILAIS, lo que nos remite a la consideración de que el enfoque del proyecto no siguió una visión lógica, lo que por defecto provoca dispersión por ausencia de coherencia interna. No se encuentra con expresión en la matriz de planificación ni en los sistemas de M&E el fortalecimiento de capacidades de los beneficiarios y beneficiarias directas. Tampoco se encuentran registro referente a la infraestructura y al equipamiento facilitado por el proyecto.

➔ R

4. La evaluación por resultados exige coherencia y correspondencia entre los objetivos y resultados, con los beneficiarios y beneficiarias directas, de manera que se pueda verificar si se cumplieron las metas previstas en los indicadores. Además, es indispensable un SM&E sencillo y práctico que permita verificar las acciones del proyecto.

↔ C

5. El proyecto contribuyó a potenciar la disposición y la voluntad del personal de salud en la atención a la SSR de mujeres y hombres, en el uso de métodos anticonceptivos, con énfasis en mujeres y hombres jóvenes; la cobertura del cuarto control prenatal y la cobertura del parto institucional, especialmente entre adolescentes.

➔ R

5. La flexibilidad adoptada para adecuarse a las necesidades y demandas anuales de las unidades de salud, permite potenciar la contribución a la mejora de la atención de la SSR de la población de los dos territorios, y facilita los procesos de empoderamiento de los y las beneficiarias de un proyecto.

↔ C

6. El comportamiento de la muerte materna fue variable a lo largo de los cuatro años, con años de disminución y otros de crecimiento, de manera que la meta propuesta de reducirla en 30 % no estuvo cerca de ser alcanzada.

➔ R

6. Es indispensable en la construcción de las metas en el diseño del Proyecto ser realista sobre las posibilidades de alcanzarla.

↔ C

7. La muerte materna en mujeres adolescentes creció en la RAAN y en Jinotega.

➔ R

7. La muerte materna de niñas y adolescentes demanda programas de atención especiales para evitar dichos embarazos, que tengan como meta no solo atenderlas con el embarazo, sino sobre todo evitar los embarazos precoces en las niñas, ya que en estos casos están altamente asociados a violencia sexual.

↔ C

8. Hay en la ejecución del proyecto, a pesar de sus éxitos, limitaciones en la atención a jóvenes y adolescentes por parte del personal de salud, prevaleciendo aún perspectivas adultistas y conservadoras frente a la conducta juvenil.

- ➔ **R**
- 8.** El personal de salud debe estar especialmente capacitado para entender una etapa de la vida de las personas de constantes cambios y grandes desafíos, en la que se expresan la rebeldía y la inmadurez como características de una personalidad en transición. Y en el caso de las niñas la desprotección en que se encuentran ante situaciones de abuso o violencia sexual
- ↔ **C**
- 9.** Se reconoce como un éxito el crecimiento de las pruebas de VIH/SIDA, y el crecimiento en la cobertura del PAP, especialmente entre mujeres rurales.
- ➔ **L**
- os programas nuevos demandan monitoreo permanente que contribuyan a informar de manera oportuna sobre sus avances, para impedir que retrocedan.
- ↔ **C**
- 10.** En general el personal médico y de enfermería de los Centros y Puestos de Salud tienen una débil formación en el tema de la Violencia de Género, y están poco preparados para enfrentar estas situaciones, especialmente de cara a la violencia como causa determinante de riesgo en salud sexual y reproductiva y una eventual razón de muerte materna. La ejecución del proyecto, sin embargo, fortaleció las capacidades de resolución y de gestión del personal de salud y de la Red Comunitaria de Casas Maternas en la detección, atención y prevención de la salud sexual y reproductiva.
- ➔ **R**
- 10.1** Deben establecerse mejores y más cercanas coordinaciones del personal de salud con el Movimiento de Mujeres y las Casas Maternas de los municipios, donde existe mejores condiciones y mayor experiencia para la atención de la violencia contra las mujeres y la niñez.
- ➔ **R**
- 10.2** Los proyectos deben de disponer recursos específicos humanos y técnicos para atender la relación entre los movimientos de mujeres y el personal de salud, de manera que se le pueda dar atención a la ocurrencia de la violencia basada en género.
- ➔ **R**
- 10.3** Se debe despejar y fortalecer el rol del MINSA en la ruta crítica de la violencia de género (aplicación de la Ley Integral contra la violencia basada en género), así como el rol del MINSA y de la Red de Casas Maternas para una gestión más armónica de las mismas.
- ↔ **C**
- 11.** La realización de consultorías y alianzas con las organizaciones de la sociedad civil mostró resultados parciales, que no muestra las potencialidades de una relación que pudo haber tenido resultados benéficos para el desarrollo del proyecto.

- ➔ R
11.1 Las relaciones con las organizaciones de la sociedad civil están aún basadas en la desconfianza mutua, en la competencia para realizar actividades similares y que necesita complementarse para lograr resultados en beneficios de las familias, personas y comunidades a las que quieren atender.

- ➔ R
11.3 Las relaciones con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en las mismas áreas deben ser entendidas como de complementariedad, a pesar de que existan diferencias metodológicas y de metas para acciones similares. El liderazgo en la atención de la salud pública le corresponde al MINSA, y por tanto la capacidad de establecer el diálogo y no la imposición, a pesar de las diferencias.

- ➔ R
11.3 Los resultados de las intervenciones en salud de las organizaciones de la sociedad civil con la que se establecen coordinaciones, deben de contar con un seguimiento específico, que permitan contabilizar el nivel de atención que se le brinda a la población.

V. L **Lecciones Aprendidas**

- L
 Los proyectos deben delimitar con precisión el alcance de partida y esperado en las intervenciones que se vayan a aplicar, particularmente, si se realiza un pilotaje. La identificación de la línea de base de la cadena de resultados y sus indicadores debe estar a la base del SM&E, y no se debería asumir como referencia aquellos que son imputables a la institución que ejecuta en términos globales, pues el proyecto en cuestión tiene su propio ámbito de influencia, a menos que se trate de un apoyo presupuestario.

- C
 Cuando se tenga que recurrir al acompañamiento de equipos técnicos de proyectos, es estratégico designar a un equipo institucional que sea el que reciba la transferencia del mismo y que sirva de puente entre dicho equipo-, que por su naturaleza es circunstancial- y la institución, buscando que la capacidad de absorción del conocimiento y experticia por los que estos equipos fueron puestos sean asimiladas y que los equipos externos puedan contar con interlocutores institucionales que les faciliten el acceso.

- L
 Los efectos de la alta rotación de personal, que es constante en los SILAIS en cuestión, se expresó básicamente en vacíos en cuanto a la apropiación del proyecto mismo en una importante parte del personal entrevistado durante la evaluación, vacíos que fueron detectados por el desconocimiento sobre el origen, componentes, acciones y presupuesto del proyecto, ya que fue ejecutado por otro personal, en otro momento; por eso mismo al momento de la evaluación se encontró que pocas personas tenían una visión completa del proyecto. Una medida de mitigación es la participación del personal de las unidades de salud en todas las fases del proyecto, desde su diseño, y en las decisiones y ajustes anuales en la ejecución.

■ E
El proyecto logró con éxito un ejercicio de alineación, armonización y descentralización en la ejecución del proyecto siendo la ENSSR de reciente promulgación y difusión, y a pesar de las dilaciones e inconveniencias de diseño, en la ejecución y el monitoreo los resultados obtenidos acreditan la modalidad de intervención por la apropiación alcanzada en este pilotaje. No obstante, hubiera sido acertado también en este caso aplicar la modalidad de cooperación de apoyo presupuestario al subsector (SSR); pero para la opción de modalidad de proyecto escogida, entonces se recomienda delimitar la intervención en su diseño, ejecución y monitoreo-evaluación para dimensionar el alcance propio de la intervención.

■ E
Es evidente la necesidad de la cooperación internacional para la continuidad de implementación de la ENSSR, así como también lo es la apropiación de ésta, por el personal del MINSA encargado de aplicarla, por ser el rector de la misma. El enfoque de articulación del proyecto con otros actores, tanto del Estado, como de la sociedad civil fue altamente valorado por los alcances que se obtienen al establecer sinergias y complementariedades. Este punto se reveló significativamente en el abordaje de la violencia de género y en lo relativo a las Casas Maternas.

■ S
Se identificaron dos asuntos de alta sensibilidad en los que predomina la invisibilización de las causas de la muerte materna y embarazo de adolescentes, que son el femicidio y delitos de estupro, violación y explotación sexual de niñas de 10-14 años. Como consecuencia de la sensibilización en asuntos de género, el proyecto contribuyó a ir poniéndolos en el debate.

■ S
Se reconoció que sin menoscabo de las capacidades del MINSA, éste tiene aun la necesidad de contar con equipos externos que provean la asistencia técnica en aspectos sustantivos, pero más importante, en aspectos de gestión para la ejecución de proyectos y particularmente en etapas iniciales de nuevas estrategias e intervenciones.

Anexo 1. Matriz comparativa: documento original proyecto; y matriz ajustada POA 2009

Matriz comparativa: documento original proyecto; y matriz ajustada POA 2009

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|----------------------------|---|---|
| Objetivo General | <p>Documento original del Proyecto Fomentado el ejercicio de los DDSSRR en la población del Departamento de Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte.</p> | <p>Documento original del Proyecto - IG1. % de la población en Jinotega y la RAAN que conoce sus derechos sexuales y reproductivos. POA 2009 - IG1. % de la población en Jinotega y la RAAN que conoce sus derechos sexuales y reproductivos.</p> |
| | <p>POA 2009 Fomentado el ejercicio de los DDSSRR en la población del Departamento de Jinotega y la Región Autónoma del Atlántico Norte.</p> | <p>Documento original del Proyecto - IG2. Nº de programas estatales puestos en marcha en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. POA 2009 - IG2. Nº de programas estatales puestos en marcha en el marco de la ENSSR</p> |
| Objetivo Específico | <p>Documento original del Proyecto Mejorado el acceso de la población de Jinotega y la RAAN, a los servicios de SSR desde un enfoque de género, generacional y étnico POA 2009 Mejorado el acceso de la población de Jinotega y la RAAN, a los servicios de SSR desde un enfoque de género, generacional y étnico</p> | <p>Documento original del Proyecto - IOE. Nº de consultas a servicios de SSR desagregado por sexo y tipo de consulta POA 2009 - IOE. Nº de consultas a servicios de SSR desagregado por sexo y tipo de consulta.</p> |
| Resultado 1 | <p>Documento original del Proyecto Reducida la Mortalidad Materna y perinatal POA 2009 Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente (antes resultado # 4: disminuido el número de embarazos no deseados en mujeres jóvenes y adolescentes)</p> | <p>Documento original del Proyecto - I1R1. Reducida la tasa de mortalidad materna en un 50% en la zona de intervención del proyecto a los tres años de implementación del programa. POA 2009 - I1R1. Reducida la Tasa de fecundidad adolescente en un 20% después de tres años de implementación del programa</p> |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--------------------|---|--|
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I2R1. La cobertura del 4º control prenatal aumenta en un 30% en cada año de implementación del programa. <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • I2R1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes, según sexo, con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas)... |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I3R1. La cobertura del parto institucional referido y/o acompañado por parteras aumenta en un 60% a los tres años de implementado el programa |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I4R1. La cobertura del control puerperal aumenta en un 50% a los tres años de implementado el programa |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I5R1. El número de hospitales y centros de salud con COE funcionando aumenta en un 100% a los dos años de implementado el programa |
| Resultado 2 | <p>Documento original del Proyecto Mejorado el conocimiento de la situación sobre ITS/VIH y SIDA y contenido el avance de la epidemia.</p> <p>POA 2009 Promover la sexualidad responsable y sana con acceso a la educación sexual integral y científica (nuevo, pero era parte del resultado # 4)</p> | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I1R2. Las Unidades de salud cuentan con un registro de pruebas realizadas por comunidades y casos positivos <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • I1R2. Numero de promotores que realizan actividades educativas en sexualidad entre sus pares <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I2R2. El número de pruebas que se realizan en la zona de intervención del programa aumenta en un 100% a los dos años de implementación del programa <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • I2R2. Número de hombres y mujeres que participan en actividades |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--------------------|--|--|
| | | <p>educativas en sexualidad</p> <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I3R2. El conocimiento sobre las ITS, el VIH y el SIDA aumenta entre la población a los tres años de implementación del programa <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • I3R2. Incrementar el acceso a la educación sexual integral a todos los sectores de la población considerando edad, sexo y cultura |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I4R2. Aumenta la tasa de incidencia de VIH en el primer año de implementación de proyecto |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I5R2. El número de personas que viven con el VIH que tienen acceso al tratamiento en la zona de intervención aumenta en un 100% a los tres años de implementación del programa |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I6R2. El número de personas que padecen una ITS que tienen acceso al tratamiento en la zona de intervención aumenta en un 100% a los tres años de implementación del programa. |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I7R2. Nº de mujeres con VIH que reciben asesoramiento específico sobre transmisión vertical. |
| Resultado 3 | <p>Documento original del Proyecto</p> <p>Disminuido el número de embarazos no deseados</p> <p>POA 2009</p> <p>Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos (era parte del resultado 1 y 4)</p> | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • I1R3. La Tasa de fecundidad adolescente disminuye en un 20% cada año de implementación del programa <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> • I1R3. Aumento del acceso a los métodos anticonceptivos en el área rural en un 30% a los tres años de implementado el programa |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--------------------|---|--|
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R3. El acceso a los métodos anticonceptivos en el área rural ha aumentado en un 100% a los tres años de implementado el programa <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R3. Aumento al acceso a la consejería en planificación familiar de hombres y mujeres en el área rural en un 30% a los tres años de implementación del programa |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ I3R3. El acceso a la consejería en planificación familiar de hombres y mujeres en el área rural ha aumentado en un 100% a los tres años de implementación del programa <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I3R3. La información sobre los métodos de planificación familiar de hombres y mujeres aumenta desde el inicio del programa hasta su finalización en un 30% |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I4R3. % de adolescentes y jóvenes con adopción de conductas responsable sobre su sexualidad (uso de condón, decisiones informadas) |
| Resultado 4 | <p>Documento original del Proyecto Mejorada la prevención y atención de la violencia de género entre la población de Jinotega y la RAAN</p> <p>POA 2009 Reducida la Mortalidad Materna y perinatal (resultado # 1)</p> | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I1R4. Nº de Centros de salud que institucionalizan el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género. <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I1R4. Reducida la tasa de mortalidad materna en un 30% en la zona de intervención del proyecto a los tres años de implementación del programa |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R4. % del personal de salud que conoce y pone en marcha el protocolo de atención a víctimas de violencia <p>POA 2009</p> |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--------------------|--|--|
| | | <p>▪ I2R4. La cobertura del 4º control prenatal aumenta en un 10% en cada año de implementación del programa.</p> <p>Documento original del Proyecto</p> <p>▪ I3R4. Incremento del nº de mujeres víctimas de violencia de género que reciben una atención adecuada en los centros de salud</p> <p>POA 2009</p> <p>▪ I3R4. La cobertura del parto institucional referido y/o acompañado por parteras aumenta en un 30% a los tres años de implementado el programa</p> <p>Documento original del Proyecto</p> <p>▪ 4R4. El registro de casos de Violencia de Género en las Unidades de salud aumenta en un 100% a los dos años de implementado el programa.</p> <p>Documento original del Proyecto</p> <p>▪ I5R4. Instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil que derivan casos de violencia de género a los centros de salud</p> |
| Resultado 5 | <p>Documento original del Proyecto</p> <p>Disminuida la morbilidad de los tumores malignos del aparato reproductor femenino y masculino.</p> <p>POA 2009</p> <p>Mejorado el conocimiento de la situación sobre ITS/VIH y SIDA y contenido el avance de la epidemia (resultado #2).</p> | <p>Documento original del Proyecto</p> <p>▪ I1R5. La cobertura de PAP aumenta en las unidades de salud de la zona de intervención en un 100% a los tres años de implementación del programa</p> <p>POA 2009</p> <p>▪ I1R5. El número de pruebas que se realizan en la zona de intervención del programa aumenta en un 30% a los tres años de implementación del programa</p> <p>Documento original del Proyecto</p> <p>▪ I2R5. La realización de pruebas diagnósticas en hombres y mujeres aumenta en un 100% a los tres años de implementado el programa</p> <p>POA 2009</p> |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R5. Prevalencia de VIH entre jóvenes de 15 a 24 años |
| | | <p>Documento original del Proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I3R5. El conocimiento sobre prevención de cáncer aumenta entre la población <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I3R5. Porcentaje de personas con VIH SIDA con acceso a tratamiento. |
| Resultado 6 | <p>POA 2009 Mejorada la atención y prevención de la violencia de género en la población de Jinotega y la RAAN (resultado #3).</p> | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I1R6. N° de Centros de salud que institucionalizan el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género, cuentan con flujograma de atención y plan de formación de personal de salud |
| | | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R6. Existencia de sistema de registro de casos de Violencia de Género (formato, definiciones, plan de análisis y disseminación de los datos) en las Unidades de salud y centros de mujeres. |
| | | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I3R6. Existencia de comisiones intersectoriales de prevención de la violencia de género activas en los municipios con planes de salud para la atención y detección de la misma |
| | | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I4R6. Listado de investigaciones sobre la violencia de género y los efectos en la salud de las mujeres y la niñez |
| | | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I5R6. Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y sexual |
| Resultado 7 | <p>POA 2009 Disminuida la morbilidad de los tumores malignos del aparato reproductor femenino y masculino (resultado # 5).</p> | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R7. Cobertura de PAP, aumenta en un 30% en las unidades de salud en los 3 años de implementación del programa |
| | | <p>POA 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I2R7. Tasa de mortalidad materna de cáncer mama en mujeres mayores |

MATRIZ DE PLANIFICACION

| | Lógica de intervención | Indicadores |
|--|------------------------|--|
| | | de 35 años. POA 2009 • I3R7. Cobertura de mamografías u otras pruebas diagnósticas de cáncer de mama POA 2009 • I4R7. Cobertura de examen de PSA por municipio |

Anexo 2. Bibliografía

Bibliografía documental consultada

| Autor | Título |
|-----------------------------|---|
| 1. AECID | Documento de Proyecto: Mejora del Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Jinotega y en la RAAN. |
| 2. AECID | Plan Operativo Anual. Mejora del Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Jinotega y la RAAN. Año: 2009. |
| 3. AECID | Detalle de Subvenciones Entregadas Al Para la Ejecución del Proyecto Mejora DDSSRR. Jinotega, RAAN. |
| 4. AECID | Informes de subvenciones de Jinotega 2007, 2008, la RAAN 2007, 2008, 2009 y Técnicos 2007, 2008 |
| 5. AECID | Informe final de línea de base para el abordaje de la violencia en el SILAIS – Jinotega. Marzo 2010 |
| 6. AECID & JICA | Satisfacción de usuarias embarazadas albergadas en Casas Maternas Cihuatlampa Jinotega. Junio 2011 |
| 7. AECID & MINSa | Mapeo de las Instituciones y Organizaciones que Trabajan en Salud Sexual y Reproductiva con Adolescentes y Jóvenes. Municipios de la RAAN y Jinotega. 2010 |
| 8. Almendárez, Juan y otros | Fortalecimiento de competencias institucionales en el diseño, uso y análisis de indicadores en la gestión de acciones en el marco del proyecto: “Mejora del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Jinotega. 2008-2011”. |
| 9. ALVA | Metodologías Para el Análisis y Prevención de las Muertes Maternas en la RAAN (Sin fecha) |
| 10. AMNLAE | Diagnóstico Institucional Casa Materna Cihuatlampa-AMNLAE Jinotega. 2011 |
| 11. Familias Unidas | Guía Metodológica de Banners (Sin fecha) |
| 12. MINSa | Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Agosto 2008. |
| 13. MINSa | Informe de Gestión Institucional 2010. Abril 2011. |
| 14. MINSa | Informe de Gestión en Salud 2011. |
| 15. MINSa | Plan Institucional de Corto Plazo 2012 orientado a resultados. 27 Febrero de 2012. |
| 16. MINSa | Presupuesto Año 2012. Ejecución 1er. Trimestres Año 2012. Cierre Presupuesto 2011. Brecha Presupuestaria 2012. |
| 17. MINSa | Situación Epidemiológica. Semana Epidemiológica 1-14. 11 De Abril 2012. |
| 18. MINSa | Evaluación AIMNA 2007-2011. SILAIS JINOTEGA |
| 19. MINSa | Informe Técnico. Taller Prevención de Embarazo en Adolescentes Cua - Bocay. Casa Materna Cihuatlampa- AMNLAE Jinotega. 2010 |
| 20. MINSa | Atención integral a la adolescencia. Producción de servicios. SILAIS Jinotega. 2009 |
| 21. MINSa | Guía para la Evaluación del desempeño Educadores de Salud. Jinotega – RAAN (Sin fecha) |
| 22. MINSa | Memoria de Reuniones de Análisis de la estrategia de ECMAC. San |

Bibliografía documental consultada

| Autor | Título |
|---|--|
| | José de Bocay, Santa María de Pantasma, Wiwilí y El Cuá (Sin fecha) |
| 23. MINSA | Principales resultados de línea de base: entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Noviembre 2009 |
| 24. MINSA | Abordaje de la violencia como factor de riesgo de la salud reproductiva. Experiencia SILAIS – Jinotega (Sin fecha) |
| 25. MINSA | Diagnóstico de capacidades instaladas en el departamento de Jinotega para la atención en Cáncer Cervico uterino, Cáncer de Mama y Cáncer de próstata. Jinotega, 2009. |
| 26. MINSA | Informe de Visita de Monitoreo al Municipio de Waspán, Bilwi y Laboratorio (RAAN) 23 - 26 Febrero 2011 |
| 27. Mora, Marylin | Diagnostico Comisión Territorial. (Sin fecha) |
| 28. Mora, Marylin, y otros | Comisión Territorial de Apoyo a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual. Plan Estratégico 2011-2013. 2010 |
| 29. PATH | Informe de Proyecto. Proyecto Mejora del Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Jinotega Y RAAN. Marzo 2012 |
| 30. Sin Autor | Análisis Comunitario de Mortalidad Materna (Sin fecha) |
| 31. Sin Autor | Cuestionario (CAP). Jinotega. (Sin fecha) |
| 32. Télécoms Sans Frontières | Vigilancia de Morbi - Mortalidad Materna, Perinatal e infantil, basado en mensajería SMS de telefonía celular. 2011 |
| 33. Casa Materna Cihualtlampa, Jinotega | Informe Final Proyecto Mejora DDSSRR en Jinotega y la RAAN. Diciembre 2011 |
| 34. Casa Materna Cihualtlampa, Jinotega | Resultados de la experiencia de Casa Materna Cihuatlampa con “Proyecto Mejora del Ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos en Jinotega y la RAAN” MINSA – AECID. |
| 35. INBZ y JDR | Resultados encuesta CAP sobre Salud sexual y reproductiva. Jinotega 2010 |

Anexo 3. Personas entrevistadas

Personas entrevistadas en Managua

| Municipio | Fecha | Participantes |
|-----------|-------------|---|
| Managua | 11 de Abril | 1. Carme Clavel Douglas Estrada Comité de Evaluación |
| Managua | 19 de Abril | Carme Clavel Douglas Estrada 2. Erika Les Ochoa AECID |
| Managua | 20 de Abril | 3. Manuel Pascual AECID - SALUD |
| Managua | 27 de Abril | 4. Auxiliadora Duarte Ex-Coordinadora Técnica Proyecto en Jinotega |
| Managua | 27 de abril | 5. Francisco Acosta Ex-Coordinador Técnico Proyecto en Jinotega |
| Managua | 5 de Mayo | 6. Wendy Idiaquez, Wilmer Beteta, Douglas Estrada MINSA -DGECA |
| Managua | 28 de Mayo | 7. Ana Cecilia Silva MINSA |
| Managua | 29 de Mayo | 8. Wilmer Beteta MINSA |
| Managua | 1 de Junio | 9. Douglas Estrada 10. Rommel Sandoval Administración |
| Managua | 8 de Junio | 11. Carme Clavel AECID |
| Managua | 11 de Junio | 12. Auxiliadora Duarte Equipo técnico proyecto |
| Managua | 14 de Junio | 13. Martha Ma. Blandón IPAS |
| Managua | 15 de Junio | 14. Lina Morales Fondo Centroamericano de Mujeres |
| Managua | 18 de Junio | 15. Lola Castillo FED |
| Managua | 18 de Junio | 16. Yamileth Molina PATH |
| Managua | 21 de Junio | 17. Sesión de resultados preliminares MINSA y AECID |
| Managua | 26 de Junio | 18. Josefina Medrano AIMNA |

Personas entrevistadas en Managua

| Municipio | Fecha | Participantes |
|-----------|-------------|--|
| Managua | 27 de Junio | 19. Sesión de intercambio sobre Casas maternas IPAS, PATH, ANESVAD, Red de Casas maternas |

Personas entrevistadas RAAN

| Municipio | Entrevistado | Cargo |
|-------------|---------------------------|---|
| Bilwi | 1. Eldo Law | Director Policlínico |
| Bilwi | 2. Eneida García | Administración Policlínico |
| Bilwi | 3. Lazaro Tellez | Sub-Director Policlínico |
| Bilwi | 4. Shira Miguel Down | MMNW. Coordinadora |
| Bilwi | 5. Genevieve Pacheco | Patóloga |
| Bilwi | 6. Ivon Morales | Sub-Director |
| Bilwi | 7. Javier Cárcamo | Histólogo |
| Bilwi | 8. Mirian García | Responsable Adolescente |
| Bilwi | 9. Mable Dean | VIH |
| Bilwi | 10. Amador | Sub-Director |
| Bilwi | 11. Ivania López | Directora SILAIS |
| Bonanza | 12. Darwin Rizo | Sub-Director Centro de Salud |
| Bonanza | 13. Virginia Parrales | Epidemiología |
| Bonanza | 14. Felipa Lagos | Responsable de Estadística |
| Bonanza | 15. Isabel Flores Jhonson | Directora Centro de Salud |
| Prinzapolka | 16. Ana Isabel Wilson | Directora Centro de Salud |
| Prinzapolka | 17. Shaira Levis | Enfermera |
| Prinzapolka | 18. Lorena Rafael | Enfermera |
| Rosita | 19. Petronila Cornejo | MMNW. Nora Astoraga |
| Rosita | 20. Karen Valladarez | Enfermera Municipal |
| Rosita | 21. Carlos Paíz | Médico |
| Rosita | 22. Cándida Picado | Enfermera Municipal AIMNA |
| Rosita | 23. Elba Blandón | Responsable de Estadística |
| Rosita | 24. Judith Ríos Rivera | Epidemiología |
| Rosita | 25. David Cortéz Saravia | Director Centro de Salud |
| Rosita | 26. Leonidas Ivan Castro | Administración |
| Siuna | 27. Elba Barrera | AIMNA |
| Siuna | 28. Lucía Lira | Directora, SILAIS Siuna |
| Siuna | 29. Jamileth | Enfermera Rural |
| Siuna | 30. Noel Antonio Espinoza | Director Centro de Salud |
| Siuna | 31. Kirenia Obregón | Enfermera |
| Siuna | 32. Idania Siles | Responsable de Enfermería |
| Siuna | 33. Iliena Osorno | Enfermera Labor y Parto |
| Siuna | 34. Josefina Martínez | Casa Materna |
| Siuna | 35. Noel Molina | Responsable Docencia Asuntos Comunitarios |
| Siuna | 36. Kelia Kirkland | Casa Materna |
| Siuna | 37. Alba Luz López | MMPM. Defensoría de la Mujer |

Personas entrevistadas RAAN

| Municipio | Entrevistado | Cargo |
|-----------|--------------------------|----------------------------|
| Waspán | 38. Marilu Brooks Muller | Responsable Adolescente |
| Waspán | 39. Celestina Padilla | Directora Centro de Salud |
| Waspán | 40. Edy Panti Wilson | Contador |
| Waspán | 41. Loyda Dinking | Responsable de Estadística |
| Waspán | 42. Carmen Ortiz | Docencia |

Personas entrevistadas Jinotega

| Municipio | Entrevistado | Cargo |
|-----------|-----------------------------|--|
| Jinotega | 1. Eduardo Canales | Director SILAIS |
| Jinotega | 2. Marvin González | AIMNA. SILAIS Jinotega |
| Bocay | 3. Norlan Ojeda | Director Centro de Salud Bocay |
| Bocay | 4. Alexander Garmendia | AIMNA |
| Bocay | 5. Nora Mendoza | Administración |
| Cua | 6. Felipe Zarate | Área médica Centro de Salud |
| Cua | 7. Aurora Medina | AIMNA |
| Cua | 8. Jonny Pineda | Administración del Centro de Salud |
| Cua | 9. Marlyng Cruz | Dirección de la Casa Materna |
| Cua | 10. Juan Enrique Morales | Asistente del Alcalde Municipal Bocay |
| Jinotega | 11. Jaime Medina | Jefe de enfermería Ex – Subdirector SILAIS |
| Jinotega | 12. Martha Sánchez | Directora Hospital Victoria Motta |
| Jinotega | 13. Sheyla Araica | Patóloga HVM |
| Jinotega | 14. María Jesús González | Administradora HVM |
| Pantasma | 15. Lisseth Sánchez | Jefa de enfermería |
| Pantasma | 16. Saúl Gutiérrez | Casa Municipal Adolescentes |
| Pantasma | 17. Sara Hernández | Coordinadora Casa Materna |
| Jinotega | 18. Mirna López | Responsable de AIMNA |
| Jinotega | 19. Karla V .Morales | Directora Municipal Wiwilí |
| Jinotega | 20. Panchita Espinoza Ortiz | Coordinadora de Red de Casas Materna y Coordinadora de Casa Materna Jinotega |
| Jinotega | 21. Anacelly Gomez | Gineco obstetra de C/S Jinotega |
| Jinotega | 22. Lia Amador | Equipo CM proyecto Mejora DDSSRR |

Anexo 4. Matriz de indicadores DDSSRR: seguimiento en las Unidades de Salud Municipal

| INDICADORES | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------|------|------|------|------|
| Número de programas y/o estrategias implementadas y fortalecidos por parte del MINSA con la finalidad de mejorar el ejercicio de los DDSSRR | | | | | |
| N° de consultas en APN | | | | | |
| N° de consultas en PF | | | | | |
| N° de atenciones de Parto | | | | | |
| N° de consultas en Puerperio | | | | | |
| N° de consultas en ITS | | | | | |
| Toma de PAP | | | | | |
| Tasa de fecundidad en adolescentes | | | | | |
| N° de adolescentes mujeres usando MAC 1a vez | | | | | |
| N° de adolescentes mujeres usando MAC Subsecuente | | | | | |
| N° de adolescentes varones usando MAC 1a vez | | | | | |
| N° de adolescentes varones usando MAC Subsecuente | | | | | |
| N° de adolescentes en atención prenatal | | | | | |
| N° de adolescentes en atención del parto | | | | | |
| N° de adolescentes en atención del puerperio | | | | | |
| N° de adolescentes que se realizaron prueba de PAP | | | | | |
| N° de adolescentes mujeres diagnosticadas con ITS | | | | | |
| N° de adolescentes varones diagnosticados con ITS | | | | | |
| N° de promotoras /es de salud. | | | | | |
| N° de miembros de GPC | | | | | |
| N° de parteras capacitadas | | | | | |
| N° de COLVOL | | | | | |
| Cobertura de PF | | | | | |
| % unidades de salud que ofrecen al menos 3 métodos | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| modernos de planificación familiar. | | | | | |
| Uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico (APEO) | | | | | |
| N° de DIU aplicado en el año | | | | | |
| % de uso de DIU en relación a todas las mujeres en planificación familiar. | | | | | |
| Cobertura de ECMAC | | | | | |
| PF 1a vez | | | | | |
| PF subsecuente | | | | | |
| Razón de Mortalidad Materna | | | | | |
| Controles prenatales 1a vez | | | | | |
| Cobertura del 4to. Control prenatal | | | | | |
| N° egresos de Casa Materna | | | | | |
| Partos Institucionales | | | | | |
| Cobertura del parto institucional | | | | | |
| Cobertura de la atención prenatal | | | | | |
| % de hospitales y centros de salud con COE total funcionando | | | | | |
| % de centros de salud con COE básico funcionando | | | | | |
| Mortalidad Neonatal Precoz hospitalaria (por 1,000 nacimientos registrados) | | | | | |
| Mortalidad Perinatal (por 1,000 nacimientos registrados) | | | | | |
| Prueba de VIH en las embarazadas | | | | | |
| % embarazadas con PR VIH | | | | | |
| Prevalencia de VIH entre jóvenes de 15 - 24 años | | | | | |
| % de personas con VIH SIDA | | | | | |
| Tasa incidencia VIH | | | | | |
| Tasa prevalencia VIH | | | | | |
| N° de centros de salud que institucionalizan el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género, cuentan con flujograma de atención y plan de formación de personal | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| de salud. | | | | | |
| N° de casos de violencia de género registrados en las unidades de salud | | | | | |
| Comisiones intersectoriales de prevención de la violencia de género funcionando y con planes de trabajo. | | | | | |
| Cobertura de Papanicolao | | | | | |
| N° de muertes por cáncer cervicouterino en mujeres | | | | | |
| N° de muertes por cáncer de mama en mujeres | | | | | |
| N° de pruebas diagnósticas biopsia por aguja fina | | | | | |
| N° de mamografías a mujeres . | | | | | |
| Cobertura de examen de PSA por municipio. | | | | | |
| N° de casos de cáncer de próstata. | | | | | |

Anexo 5. Temas de capacitación sobre salud sexual y reproductiva

Temas de capacitación

| Trabajadores de la Salud MINSA | Liderazgo Comunitario |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • antener actualizado los protocolos, adaptar los protocolos a las características culturales de la población de la RAAN, brindar mejor atención a las embarazadas y púérperas y el recién nacido, los temas fueron control y seguimiento a la mujeres embarazadas, atención del parto y atención del puerperio y el recién nacido, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Preclampsia, Eclampsia Su tratamiento y sus complicaciones, hemorragia Post parto, atonía uterina, Hipotonía, Desgarro de cuello vagina y periné, sepsis puerperal, aborto, placenta previa • onocer la medicina basada en evidencias sobre el manejo más actualizado de las complicaciones obstétricas e infantiles, describir los indicadores para el monitoreo y seguimiento de las emergencias obstétricas, conocer el adecuado llenado del partograma y hoja de control prenatal e identificar factores de riesgo que conllevan al crecimiento de la mortalidad materna • eterminar los diferentes tipos de enfermedades de transmisión sexual, describir la sintomatología, abordar sobre las afecciones de las ITS en el embarazo y describir el abordaje sindrómico de las ITS, los temas desarrollados fueron, Magnitud del problema, complicaciones de las ITS, Tipos de ITS, relación entre las ITS y el VIH/sida, manejo sindrómico de las ITS, importancia del uso del preservativo, promoción del uso del preservativo • actores de riesgo de los embarazos no deseados, especificar las consecuencias o complicaciones de los embarazos no deseados y describir el papel que juega la | <ul style="list-style-type: none"> • romover la sexualidad responsable y sana • erechos sexuales y derechos humanos, feminidad, masculinidad, sexualidad y género • efiniciones de salud sexual y salud reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, identificar barreras o actitudes que afectan a los proveedores de salud, promover actitudes horizontales basada en la tolerancia y respeto al adolescentes, promoción de la salud de la mujer desde un enfoque de la salud sexual y reproductiva, y relacionar los conceptos aprendidos aplicándolas a nuestro que hacer • mportancia de la planificación familiar, creencias y mitos sobre la planificación familiar, los principios, ventajas y desventajas de la planificación, las tres demoras, señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido y organización comunitaria • educir la mortalidad materna e infantil en comunidades de difícil acceso fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad organizada en las decisiones relacionadas a la salud a través de negociación del plan de parto. Los temas desarrollados fueron ¿Qué es el PPMS?, Propósito del PPMS, Los pasos para la implementación de PPMS, las tres demoras, ¿Qué es muerte materna?, Las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, Importancia de las casas maternas y organización comunitaria • |

Temas de capacitación

| Trabajadores de la Salud MINSA | Liderazgo Comunitario |
|---|---|
| <p>Atención Primaria en Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • bordaje de las embarazadas • angrado uterino posparto, Manejo de la eclampsia con sulfato de magnesio, reanimación cardiopulmonar en pediatria y actividad práctica en maquetas • oncepto de culturalización en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como identificar las posibles causas que impiden que el 100% de los partos sean atendidos en alguna instalación de salud • eneficios de la lactancia materna, dar a conocer los 10 pasos para una lactancia exitosa e identificar las dificultades más comunes durante el amamantamiento • ortalecer la capacidad técnica de la red de laboratorio para el diagnóstico del VIH • romover la sexualidad responsable y sana • ersonal se apropie de los conocimientos en salud sexual y reproductiva y de esta manera mejorar la atención de las pacientes • ueron reconocer la importancia de mantener actualizado los protocolos, adaptar los protocolos a las características culturales de la población de la RAAN, brindar mejor atención a las embarazadas y puérperas y el recién nacido, los temas fueron control y seguimiento a la mujeres embarazadas, atención del parto y atención del puerperio y el recién nacido, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Preclampsia, Eclampsia Su tratamiento y sus complicaciones, hemorragia Post parto, atonía uterina, Hipotonía, Desgarro de cuello vagina y periné, sepsis puerperal, aborto, placenta previa | <p>fianzar conocimientos sobre la atención del parto, ampliar los conocimientos para disminuir las complicaciones obstétricas, evitar las muertes maternas aplicando las normas y procedimientos establecidos, mejorar la comunicación y coordinación entre el sistema de salud, parteras y la comunidad para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, compartir experiencias basado en el modelo de salud intercultural, practicar el lavado de manos correcto, con técnicas de asepsia y antisepsia en los procedimientos, practicar la atención del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • onocer los métodos anticonceptivos que el MINSA ofrece • onocer los derechos sexuales y reproductivos, dar a conocer el manejo en la atención a las embarazadas para prevenir la mortalidad materna, que sean capaces de brindar consejería a mujeres y hombres en edad fértil, los temas impartidos fueron: la importancia de la planificación familiar, creencias y mitos sobre la planificación familiar, los principios, ventajas y desventajas de la planificación, instrumentos a utilizar en la ECMAC • rganizar el plan de parto y optimizar los recursos garantizando capacitaciones integrales, fortalecer los conocimientos en el manejo de emergencias obstétricas • onocimientos sobre la atención del parto, ampliar los conocimientos para disminuir las complicaciones obstétricas, evitar las muertes maternas aplicando las normas y procedimientos establecidos, mejorar la comunicación y coordinación entre el sistema de salud, parteras y la comunidad para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, compartir experiencias basado en el modelo de salud intercultural, practicar el lavado de manos |

Temas de capacitación

| Trabajadores de la Salud MINSA | Liderazgo Comunitario |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • desarrollar capacidades en el personal de salud sobre las normas de planificación familiar y la estrategia ECMAC y su importancia en el MASIRAAN, proporcionar habilidades en la consejería en PF y en la ECMAC y la implementación y monitoreo de la estrategia ECMAC • brindar información básica sobre las nuevas normas de planificación familiar y el uso del rotafolio • anejo sindrómico de las ITS, identificar las principales ITS, informar al personal sobre medidas preventivas • fortalecer la capacidad técnica de la red de laboratorio para el diagnóstico del VIH • conocimientos científicos relacionados al auto examen de mamas • desarrollar capacidades en el personal de salud sobre las normas de planificación familiar y la estrategia ECMAC y su importancia en el MASIRAAN, proporcionar habilidades en la consejería en PF y en la ECMAC y la implementación y monitoreo de la estrategia ECMAC • fortalecer las capacidades del personal de servicios, reflexionando sobre la importancia de la detección, registro y referencia oportuna de las mujeres que viven situaciones de violencia y sus vínculos con la salud reproductiva • violencia de género como factor de riesgo y su vínculo con la salud reproductiva de las mujeres | <ul style="list-style-type: none"> • correcto, con técnicas de asepsia y antisepsia en los procedimientos, practicar la atención del recién nacido, referir a la mujeres embarazadas a la casa materna, convencerlas para su referencia oportuna y hacer los registros de nacimientos y reportarlas • organizar el plan de parto y optimizar los recursos garantizando capacitaciones integrales, fortalecer los conocimientos en el manejo de emergencias obstétricas • roles y funciones generales de los miembros de la CONISIDA, su sistema organizacional y el reglamento interno que rige para las personas que viven con el VIH • fortalecer las actividades sobre la prevención de las ITS/VIH/sida y ampliar el número de miembros de los grupos de autoayuda • Derechos Sexuales y Derechos Humanos, feminidad, masculinidad, sexualidad y género, promover la responsabilidad compartida, compartir experiencias vividas sobre problemas de salud en el hombre y la mujer dar a conocer las ITS/VIH/sida sus formas de prevención, salud mental y espiritualidad, los temas impartidos fueron: Derechos sexuales y derechos humanos, feminidad, masculinidad, sexualidad y género, |