

**ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN
NICARAGUA PARA EL PERIODO 2010-2014**

21 de septiembre de 2009

CONTENIDO

Introducción	3
I. Desafíos del desarrollo y la salud en el país	
1. Contexto General.....	
2. Factores determinantes de la salud.....	
Educación	
Nutrición.....	
Determinantes ambientales	
3. El Sector Salud	
Principales orientaciones de políticas y prioridades de salud a nivel nacional.....	
Financiamiento del Sector Salud	13
4. Estado actual y tendencia de indicadores de salud seleccionados.....	16
5. Retos del Sector Salud	31
Reto 1: El de la equidad.....	31
Reto 2: El de la calidad	33
Reto 3: El de la protección financiera.....	35
6. Resumen de Desafíos y Oportunidades	42
Consideraciones Finales	43
II. Cooperación al desarrollo y Alianzas estratégicas	44
La Cooperación Externa en el Ministerio de Salud.....	44
Mecanismos de coordinación	46
Ayuda Humanitaria	47
Desafíos y Oportunidades. Cooperación al desarrollo y Alianzas estratégicas, tendencias instrumentos y coordinación.....	48
III. Recursos.....	49
1. Recursos Financieros	49
a) Presupuesto 2008-2009.....	49
2. Recursos Humanos	50
3. Infraestructura y Equipo en las Oficinas	52
a) Ubicación de las Oficinas y Remodelaciones.....	52
b) Minimum Operating Security Standards (MOOS):.....	53
c) Inventario Físico Anual	54
IV. Agenda Estratégica para la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Nicaragua durante el Período 2010-2014	55
Prioridades de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el País	55
Enfoque Estratégico de la Cooperación Técnica.....	57
Conclusiones para la implementación de la Agenda Estratégica	58
ANEXOS.....	59
1. Organigrama de la Representación	60
2. Planos Arquitectónicos de las Remodelaciones.....	61
3. Evaluación de los Minimum Operating Security Standards (MOSS)	66
4. Reporte del Inventario Físico Anual.....	76

Introducción

Una de las cuestiones de mayor actualidad y trascendencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cómo hacer más pertinente, eficiente y de mayor impacto la cooperación que se desarrolla con los países. En ese ámbito, la OMS ha generado una política para centrar la cooperación en las necesidades y requerimientos de los países, que ha denominado Cooperación Enfocada en el País, que se instrumenta mediante la formulación de la Estrategia de Cooperación con el País o “*Country Cooperation Strategy*” (CCS por sus siglas en inglés).

En ese marco global, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha establecido que, siendo su objetivo final el desarrollo de la salud de los países, debe responder de manera más efectiva tanto a las necesidades específicas de los países como a los mandatos globales y regionales dirigidos a enfrentar los problemas de salud de la Región y las grandes brechas existentes en condiciones y acceso a la salud. Por ello, bajos los principios de equidad y la solidaridad, la OPS/OMS ha adaptado el instrumento desarrollado en OMS a las características regionales, y lo está aplicando como una herramienta de valor para la orientación estratégica y de mediano plazo de la cooperación técnica en función de las necesidades específicas de cada país. Adicionalmente, el Plan Estratégico de la OPS/OMS designa a Nicaragua como país prioritario, implicando una intensificada cooperación técnica para reducir las brechas en salud tanto internas, como con respecto a otros países de la Región.

La anterior Estrategia de Cooperación con Nicaragua, cuya vigencia concluyó en diciembre del 2008, definió que los ámbitos centrales para la cooperación OPS/OMS incluyeran: las personas y comunidades, hacia las cuales se promovió el acercamiento de acción OPS/OMS para completar la agenda inconclusa en salud; el desarrollo del sistema nacional de salud con el MINSA a la cabeza, reforzando una respuesta integral a las necesidades de salud de la población; otros actores en el desarrollo nacional de la salud, facilitando la coordinación y óptima utilización de los recursos disponibles. Como corolario, la propia oficina de país de OPS/OMS, debía acelerar el cambio de modelo de cooperación hacia una acción intensificada propia de un país prioritario. Se definió una agenda estratégica, que fue el marco de referencia para los “Planes de Trabajo Bienales” y consistió en las siguientes cuatro líneas estratégicas: Relanzamiento de Salud Para Todos y Atención Primaria de Salud (APS); Promoción de Equidad e Inclusión en Salud; Atención a Determinantes de Salud y Enfermedad; Desarrollo de Gestión de la Información e Inteligencia Sanitaria.

En diciembre de 2007 se firmó con el Gobierno de la República, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2008-2012 (MANUD), a través del cual se le da una mayor coherencia a los programas de cooperación de las Naciones Unidas, con objetivos y términos comunes establecidos bajo prioridades nacionales. El MANUD, actualmente en ejecución, considera las siguientes cinco “áreas temáticas” identificadas como prioritarias:

1. Gobernabilidad democrática y estado de derecho para el ejercicio de los derechos humanos y la construcción de ciudadanía.
2. Reducción de las múltiples inequidades, la pobreza, el hambre y la desnutrición para alcanzar el Desarrollo Humano Sostenible (ODM 1).
3. Garantía de los derechos sociales para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 2 al 6).
4. Protección del medio ambiente y gestión de riesgos para el Desarrollo Humano Sostenible (ODM 7).

5. Fortalecimiento de las capacidades institucionales para el establecimiento de un sistema de información nacional que asegure el monitoreo y seguimiento de los ODM (ODM 8).

La OPS/OMS participa en el desarrollo de la cooperación técnica de todas las “áreas temáticas” y es la “agencia líder” del área temática número 3: “Garantía de los derechos sociales para el alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración del Milenio”.

El Ministerio de Salud reformuló en 2007 la “Política Nacional de Salud” en función de las necesidades de las familias y comunidades; que garantice el servicio gratuito y universal a los servicios de salud. De igual manera se ha equilibrado la prevención y promoción con la atención curativa, enfatizando en el trabajo respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención de la salud. La Política Nacional de Salud está orientada al fortalecimiento, articulación y transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente al desarrollo de un nuevo Modelo de Salud Familia y Comunitario, siendo su punto de partida la concepción integral y moderna de la atención en salud, con enfoque de Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos y alta participación ciudadana. De esa manera se dará respuesta a la complejidad de la situación epidemiológica de la población y los determinantes de la salud, adaptando las intervenciones de salud a las características geográficas, políticas, culturales y éticas de la población; rescatando la medicina popular y tradicional.

La actual Política Nacional de Salud tiene como objetivo general “desarrollar un sistema de salud que haga efectiva la restitución del derecho ciudadano a la salud con equidad en el que se desarrollen prácticas con enfoque de género y generacional para contribuir a reducir las inequidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

Y tiene como objetivos específicos:

- Garantizar el acceso gratuito y universal a servicios integrales de salud.
- Desarrollar una cultura nacional de prevención y protección de la salud de los nicaragüenses.
- Mejorar permanentemente la calidad de los servicios de salud a las expectativas y necesidades de la población.
- Profundizar el modelo de participación ciudadana en las acciones de salud para contribuir al bienestar de los nicaragüenses.

En este contexto, a dos años de haberse iniciado la actual gestión del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, se plantea la necesidad de formular una nueva Estrategia de Cooperación Técnica de OPS/OMS con la República de Nicaragua (ECP), para el período 2010-2014. La estrategia contiene las principales prioridades de cooperación de la OPS/OMS con el país, los enfoques estratégicos que serán tomados en consideración para la implementación de los diferentes proyectos, así como las modalidades de cooperación que serán aplicadas.

Para la elaboración de la ECP se contó con la participación de una misión integrada por funcionarios de los tres niveles de la OPS/OMS (global, regional y de país). Entre el 22 y el 25 de septiembre de 2009, la misión sostuvo reuniones grupales y entrevistas individuales con las autoridades nacionales, SILAIS y un amplio número de representantes de los sectores público, privado y de la sociedad civil. Durante todo ese proceso, se tuvo acceso a una vasta selección de documentos oficiales del

Gobierno de Nicaragua, de la Representación de la OPS/OMS en el país y de otras instituciones nacionales y agencias de las Naciones Unidas, que sirvieron de referencia para el análisis de los principales problemas, políticas y programas de desarrollo nacional.

Todas estas actividades tuvieron como finalidad precisar los principales problemas de la salud del país, actuales y previsibles para el mediano plazo; conocer y discutir las prioridades y políticas nacionales de desarrollo y de salud así como sus necesidades de cooperación técnica para, a partir de ello, identificar las prioridades de cooperación para la OPS/OMS y, los enfoques y modalidades con que esta Organización debería abordar los desafíos que fuesen finalmente acordados con las autoridades nacionales.

El viernes 25 de septiembre, la misión presentó al Ministro de Salud, Dr. Guillermo González, y su equipo de trabajo, el listado de las "Prioridades de Cooperación Técnica" que se describen a continuación, obteniéndose el pleno aval parte de la máxima autoridad de salud del país.

I. Desafíos del desarrollo y la salud en el país

1. Contexto General

Nicaragua se encuentra localizada en el centro del istmo centroamericano con una extensión territorial de 130,373.40 kms², una ¹división política administrativa de 15 departamentos, 2 regiones autónomas y 153 municipios. La geografía del país generalmente se divide en tres grandes regiones geográficas, siendo estas: Pacífico (con un alto predominio de población urbana, riesgo social y ecológico, donde se concentran las instituciones de bienes y servicios), Central Norte (población predominantemente rural, con desarrollo productivo agrícola y ganadera, pero limitado desarrollo en infraestructura vial y de servicios) y Atlántico (población mayoritariamente indígena, altos índices de pobreza extrema, dispersión poblacional, bajos niveles de escolaridad, poco acceso a los servicios sociales, alta tasa de mortalidad materna e infantil)

Según las ²estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) al 30 de junio 2008, la población del país es de 5, 668,877 habitantes, de los cuales el 12 por ciento son menores de 5 años y 6 por ciento de los habitantes en grupo poblacional de la ³tercera edad. El país presenta una tendencia al incremento en la población pero también un descenso en la tasa global de fecundidad la que pasa de ⁴7.2 hijos por mujer estimado en el quinquenio 1950-1955 a 2.5 hijos por mujer para el quinquenio 2010-2015, así como un incremento en la esperanza de vida (EV) de ⁵42.28 años en el quinquenio 1950-1955 a 74.15 años en el quinquenio 2010-2015.

El VIII Censo de población y IV de Vivienda, realizado en el 2005, registra 443,847 personas que se consideran perteneciente a grupo étnico, los que representan un 8.6 por ciento del total de la población del 2005.

⁶La población económicamente activa (PEA) para noviembre 2007 es de 2,185,700 personas, constituyéndose en un 51.1 por ciento de la población total, de ellos el 4.9 por ciento estaban desempleados, 32.4 por ciento subempleados y un 52.7 por ciento ocupados plenos. De la población ocupada, el 33.3 laboran por cuenta propia y un 52.7 por ciento están en la categoría de asalariado; de esta población únicamente 22 de cada 100 cotizan al seguro social.

⁷De acuerdo con la encuesta de empleo 2007 realizada por el INIDE, de los 1,246,543 jóvenes el 35.4 por ciento está estudiando y el 47.43 por ciento es parte de la PEA. Más de 72,000 jóvenes no tienen ningún nivel de instrucción y por lo tanto tienen pocas alternativas de inserción en el mercado laboral y 43,000 jóvenes estaban desocupados.

¹ Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales (INETER) Sitio Web.

² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal. Revisión 2007.*

³ Población mayor o igual a 60 años y mas

⁴ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal. Revisión 2007. Pág. 4.*

⁵ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal. Revisión 2007. Pág. 5.*

⁶ Banco Central de Nicaragua. *Memoria Anual 2007.*

⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta de Medición del Empleo. 2007*

El censo 2005, señala que existe un 30 por ciento en población de 15 años y más en condición de analfabetismo. Las estimaciones de la CEPAL para el 2005-2010 son de 31.6 y 32.2 por ciento respectivamente para Hombres y Mujeres. De cada 100 niños 67 logran culminar sus estudios de primaria y de los que ingresan a Secundaria, sólo 28 de ellos la culminan.⁸ En promedio, a un niño nicaragüense le toma 10 años y no 6, concluir el ciclo de primaria. La ineficiencia del sistema para retener y promover a los estudiantes le cuesta al país aproximadamente 10 millones de dólares anualmente.

2. Factores determinantes de la salud

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y los mayores determinantes de la salud son de carácter social, especialmente la pobreza, la desnutrición y el desempleo, pero también las condiciones de género, etnia y raza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) representan precisamente compromisos para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la inequidad de género. Los ODM presentan una visión del desarrollo que va mucho más allá del crecimiento económico, ya que privilegian la salud, la educación y la preservación del entorno como motores del desarrollo.

El Estado de Nicaragua exhibe notables avances en temas de gran sensibilidad social, como es la aprobación de políticas sectoriales, planes nacionales y estrategias que regulan y promueven el derecho a la salud.

Educación

Nicaragua cuenta con una nueva Ley General de Educación aprobada en el 2007, y políticas educativas que promueven la gratuidad de la educación, el ingreso a la escuela en la edad adecuada, el mejoramiento de la calidad, la contención del analfabetismo por la vía de la universalización de la primaria, así como la reforma curricular para hacer más pertinente el contenido de la misma.

La reducción de la tasa de analfabetismo de un 22 % al 3.5% como consecuencia de la Campaña de Alfabetización fomentada por el gobierno actual, constituye un hito histórico que como tal debe destacarse. Es voluntad del GRUN cumplir con la meta establecida en los ODM.

De cada 100 niños 67 logran culminar sus estudios de primaria, y de los que ingresan a secundaria, sólo 28 de ellos la culminan.⁹ La ineficiencia del sistema para retener y promover a los estudiantes le cuesta al país aproximadamente 10 millones de dólares anualmente.¹⁰

Según datos del Ministerio de Educación, en el año 2007 la cobertura entre las edades oficiales de 3 a 17 años fue del 75.7 %, quedando fuera del sistema educativo (básico y medio) aproximadamente 493,470 (24.3 %) de niños, niñas y adolescentes. En la Costa Caribe el 10 % no asiste a la escuela por oferta educativa limitada, en contraste con el 2 % de Managua. Cabe señalar que 111 de cada 5 niños en edad de 7 a 12 años en extrema pobreza no asiste a la escuela.

⁸ Ministerio de Relaciones Exteriores. Borrador 0, Análisis del ODM 2. Febrero 2009.

⁹ Banco Mundial, Informe de reducción de la pobreza en Nicaragua, Julio 15-2008

¹⁰ Ministerio de Relaciones Exteriores. Borrador 0, Análisis del ODM 2. Febrero 2009.

¹¹ Banco Mundial, Informe de reducción de la pobreza en Nicaragua, Julio 15-2008

La Encuesta de Medición del Nivel de Vida del 2005, detalla los siguientes factores, por los cuales las niñas y niños no van a la escuela:

- 40 %, no asiste a la escuela por “falta de dinero”,
- 12 %, por “lejanía de la escuela”,
- 14 %, porque “no le interesa”.

Nutrición

El hambre en las familias se manifiesta por la persistencia de períodos de escasez de alimentos o de medios para comprarlos. Las familias recurren a estrategias de ajuste alimentario que invisibilizan el hambre. El hambre en las familias conduce a la desnutrición y la muerte, y es más impactante en las poblaciones más vulnerables que viven en alta y muy alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional.

La desnutrición crónica es del 21.7 % en menores de 5 años. Al analizar por quintiles de bienestar, encontramos que en el quintil más pobre es seis veces (34.9) más que en el quintil más rico (5.8). En el caso de las mujeres de 15 a 29 años de edad con un índice de masa corporal menor de 18.5 Kg., esta desnutrición es de 2.9 %.¹²

La IV Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (2004) reportó que la ruralidad es un factor incidente en la situación de inseguridad alimentaria. El 75% de hogares nicaragüenses tienen baja disponibilidad energética y bajo acceso a los alimentos, situación agravada en el Caribe por su dispersión y lejanía de las zonas de abasto.

Asimismo, el consumo per cápita de energía (Kcal.), a nivel nacional, presenta un déficit de 200 Kcal., lo que significa que muchos hogares se encuentran en inseguridad alimentaria. Es preocupante que a pesar del bajo consumo energético, los alimentos ricos en grasas están jugando un papel importante en este consumo y se ha observado un aumento de sobrepeso y obesidad en la población.

El porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con peso inferior al normal (talla para la edad) para el año 2006 era 21.7%, mostrando una mejora del indicador con relación al año 2001 cuando se reportó 25.8%. El 27% de niños de 6 a 9 años padecen desnutrición crónica, cifra que llega a más del 40% en algunos departamentos del país, según el II Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado, Agosto, 2004.

Actualmente el Sistema de las Naciones Unidas (SNU), se encuentra elaborando un Plan Conjunto de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SSAN) que constituye un esfuerzo articulado de los programas de asistencia técnica en SSAN de las diferentes agencias, orientado a complementar las acciones necesarias, para el cumplimiento de los compromisos asumidos, y para hacer efectivo el derecho a una alimentación y nutrición adecuada. Los conocimientos y experiencias obtenidas por las diferentes agencias involucradas en la SSAN han permitido un proceso de construcción y diseño de políticas, programas y proyectos de las instituciones del sector público y redes de la sociedad civil.

El Plan Conjunto de Seguridad Alimentaria y Nutricional, promoverá acciones para el debido cumplimiento de las responsabilidades en torno al derecho a una alimentación y nutrición adecuadas, y al cumplimiento de los ODM, las cuales son reconocidos en la

¹² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

Observación General 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Ley de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Determinantes ambientales

Existe una clara relación entre la salud y el ambiente. Para favorecer esa relación en sus expresiones más positivas y para prevenir y controlar los efectos adversos del ambiente sobre la salud, se acordó concentrar sus esfuerzos en cinco áreas principales: la intersectorialidad, la descentralización de responsabilidades, los sistemas de información, la participación social y el cumplimiento de compromisos acordados en conferencias internacionales.

Están en marcha distintos esfuerzos para monitorear y evaluar la salud ambiental, desarrollar políticas saludables sostenibles a largo plazo, buscar alianzas, desarrollar recursos humanos, establecer legislación adecuada con respecto al consumo de bienes y servicios y llevar a cabo intervenciones directas. Se está enfatizando el fortalecimiento de las capacidades normativas, reglamentarias y resolutivas de las autoridades nacionales de salud; el fortalecimiento de instituciones ambientales existentes y la redefinición de sus funciones y organización; y el establecimiento de fondos para proteger el ambiente y mitigar los efectos deletéreos sobre la salud, causados por los desequilibrios ambientales.

Antes de enunciar el estado de los determinantes ambientales, y principalmente los de agua y saneamiento, enfatizamos que el país no cuenta con todos los recursos financieros requeridos para enfrentar las demandas de agua y saneamiento, acumuladas en los últimos 15 años. Las inversiones públicas y los fondos de la cooperación han sido insuficientes, se han dejado en abandono las redes de agua y alcantarillado, y no ha habido una protección adecuada de las fuentes de agua.

En Nicaragua, el estudio de evaluación rápida de la calidad del agua potable se llevó a cabo de 2004 a 2005, destacando la importancia de la sensibilización del personal de campo y de las comunidades en cuanto a la calidad del agua y cómo la interacción entre ambos había contribuido a la mejor educación ambiental.

Por medio de esta metodología, se obtuvieron resultados con gran nivel de confianza y con representatividad, en función de las tecnologías utilizadas en el suministro de agua y su distribución geográfica a lo largo y ancho del país. El resultado más claro de la evaluación es haber confirmado que existe un problema nacional grave en relación con la calidad del agua que consume la población de Nicaragua.¹³ El informe final de 2005 señala que la contaminación del agua potable con arsénico puede estar más expandida geográficamente de lo que se suponía, y que la contaminación fecal a nivel domiciliario es también mayor.

Acceso a saneamiento sostenible

Para el año 2003, únicamente ¹⁴29 localidades contaban con alcantarillado sanitario. El índice de aguas residuales tratadas es de un 36 %, descargándose ¹⁵60 millones de m³ de aguas residuales anuales sin ningún tratamiento, con alta repercusión en el ambiente por la infiltración en el manto freático y en los ecosistemas.

¹³ Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe final de la evaluación rápida de la calidad del agua en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud; 2005.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, PWR Nicaragua. Análisis Sectorial Agua Potable y Saneamiento, 2004

¹⁵ Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

Agua potable

¹⁶El acceso a servicios de agua potable cubre solamente el ¹⁷65% de la población del país, sin embargo las inequidades existentes reflejan que en el 88% de las familias del quintil superior tienen acceso a servicios de agua potable, pero solamente un 28% en los quintiles más pobres reciben este servicio. La situación se hace más crítica en las zonas rurales, y así vemos que el 85% de las viviendas presenta contaminación de agua para consumo humano y el 82.6 % de las familias no dan ningún tipo de tratamiento al agua.

Calidad del Agua ¹⁸

En Managua, según estudios realizados por ¹⁹JICA, en los años 1993 y 2005 y los registros de monitoreo continuo, realizado por ENACAL, revela que 15 pozos en la zona baja y zona alta de la capital, contienen arsénico con concentraciones iguales o mayores a 8ppm, de los cuales 4 pozos exceden los límites máximos permisibles (10 ppm, Normas CAPRE), donde se tienen que aplicar medidas lo más pronto posible. Los 4 pozos que exceden la concentración de arsénico abastecen 1,600 m³/día, representando 2.7% del volumen total del agua abastecida, mientras los otros 11 pozos suministran un total de 37,200 m³/día, representando un 9.3% del volumen total que se abastece. En lo concerniente a la concentración de nitrato, se identifican 3 pozos en donde se ha venido incrementando hasta exceder el límite máximo permisible por los estándares de agua potable.

Continuidad del abastecimiento de agua ²⁰

La continuidad de los servicios de abasto de agua potable es un problema en el país; aproximadamente 2/3 de la población de Managua tiene un abastecimiento constante de agua (67.1 p% del total de la población de la capital), mientras que en la Región del Atlántico, la continuidad de este servicio disminuye a un 49% del total de la población de estas regiones. Realizando el análisis por quintiles de bienestar, se encuentra que 31.8 % de los pobres recibe abastecimiento parcial, de los cuales el 10.7% recibe al menos 1 hora/diaria ó 1 día de la semana.

Cabe señalar que el 63% de las viviendas almacenan de manera inadecuada el agua, constituyéndose en un factor de riesgo, ya que el 90% de los criaderos del vector transmisor del dengue están dentro de las casas, parte de ellos en los recipientes de almacenamiento del agua cuyas condiciones no son las adecuadas.²¹

El análisis por quintiles de bienestar, evidencia que el 31.8% de los pobres recibe abastecimiento parcial, de los cuales el 10.7% recibe al menos 1 horas/diaria o 1 día de la semana.²²

Managua es la principal ciudad con el 40 % aproximadamente de la población total del país, en donde los problemas en el abastecimiento de agua, según la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados Sanitarios (ENACAL), se debe a los siguientes factores:²³

¹⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

¹⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 1998/2005

¹⁸ Evaluación Ambiental Proyecto Agua Potable y Alcantarillado Sanitario en Managua PRASMA, 2008.

¹⁹ Japan International Cooperation Agency (JICA)

²⁰ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

²¹ Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

²² Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

²³ ENACAL. Presentación del Director Ejecutivo a la Asamblea Nacional. 19 de marzo 2009.

- 80 % de las redes de distribución de agua potable están obsoletas (más de 40 años)
- Baja inversión en el sector de agua potable y saneamiento en los últimos 15 años.
- Capacidad de almacenamiento de los tanques existentes es insuficiente para distribuir el agua por gravedad.
- Producción de agua no es suficiente para cubrir la demanda real de la población.
- 88% del agua es subterránea, representando un alto costo de energía.
- Colapso de pozos que agotaron su vida útil.
- Fugas técnicas y agua no contabilizada superior al 45% del agua producida.
- Obsolescencia de la red y de un 65% de los equipos de bombeo, por falta de mantenimiento en más de 10 años y por mala calidad del servicio de energía eléctrica.

A nivel legislativo se destaca la aprobación de la *Ley General de Aguas Nacionales*, mientras que la legislación relacionada al ordenamiento territorial se encuentra en discusión en la Asamblea Nacional; ambas áreas estratégicas para el desarrollo sostenible. El país está perfeccionando reglamentos y normas técnicas que posibilitan el manejo de los recursos naturales y la gestión ambiental que le permitan superar sus debilidades en la implementación de los instrumentos legales disponibles, particularmente en los aspectos regulatorios.

El *Plan Nacional de Desarrollo Humano* aborda esta temática y se debe profundizar en su incorporación transversal en todos los niveles de gobiernos (central, regional y municipal) y en los diferentes sectores al igual que la gestión de riegos, teniendo en cuenta la alta vulnerabilidad del país ante el deterioro ambiental, el cambio climático y fenómenos naturales.

Contaminación ambiental

De cada 100 hogares 17 eliminan la basura depositándola en predios baldíos, ríos, lagunas, calles, quebradas y arroyos. Aproximadamente el 95% de la basura dispuesta en botaderos abiertos no cumplen con las disposiciones sanitarias, y ²⁴60 mil toneladas anuales de basura industrial es abandonada en sitios sin control ni regulación. En el año 2003, UNICEF presentó un estudio que indica que en el 23.9 % de los terrenos de las viviendas rurales se encuentran aguas estancadas. ²⁵

3. El Sector Salud

Principales orientaciones de políticas y prioridades de salud a nivel nacional

La situación del Sector Salud en Nicaragua es el resultado de una conjugación de esfuerzos de distinta naturaleza en el contexto nacional, lo cual ha sido la piedra angular para el diseño del *Plan Nacional de Salud*, especialmente cuando la *Política Nacional de Salud* está dirigida a revertir el enfoque existente hasta el año 2007 en el sector salud y cuyos resultados habían sido limitados hasta ese año, a la solución de los problemas y el desempeño del sector como sistema de salud.

Por otro lado, es necesario tomar en consideración que el proceso salud-enfermedad está condicionado por el efecto de la dinámica socio-económica del país, así como por

²⁴ *Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.*

²⁵ *Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005.*

la influencia de las políticas públicas, las que materializan instituciones gubernamentales y que en muchas ocasiones están fuera del sector salud.

Desde esta perspectiva, existe una responsabilidad compartida entre todas las instituciones gubernamentales, incluyendo las propias del sector salud, en relación con la búsqueda y puesta en marcha de soluciones más efectivas para equiparar las oportunidades, para mejorar el nivel de vida entre los diversos grupos de población, especialmente las más pobres o en extrema pobreza.

Las principales orientaciones políticas se recogen en la *Política Nacional de Salud*, la cual está dirigida a establecer una articulación de las distintas instituciones, organizaciones y actores que pertenecen al sector salud bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, con el fin de direccionar esfuerzos con el propósito de hacer más efectivas y eficientes las acciones de salud.

Las prioridades para atención del sector salud a nivel nacional tienen al menos cuatro puntos de partida o de referencia necesarios para su abordaje, que están considerados en el *Plan Nacional de Salud*. Por otra parte, se tomaron en consideración los lineamientos de la política social del GRUN y los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.

La tercera referencia para la selección de prioridades está relacionada con el análisis de los determinantes y condicionantes de la situación de salud de la población nicaragüense, así como sus tendencias futuras desde la perspectiva epidemiológica, y finalmente se consideraron las intervenciones en salud de los últimos años, al igual que el desempeño y capacidad de respuesta del sector.

El proceso para identificar los principales problemas de salud tuvo una secuencia metodológica de donde se identificaron problemas de salud, derivados del perfil de salud de la población, se vincularon los mismos a los determinantes y condicionantes de la salud, y finalmente se hizo un ejercicio de priorización para lo cual se utilizaron criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, costos y factibilidad sobre la base de estos elementos los principales problemas de salud de Nicaragua son:

- Mortalidad materna
- Mortalidad Infantil
- Desnutrición crónica infantil
- IRAs y EDAs
- Dengue
- Tuberculosis
- Malaria
- Incremento del VIH- Sida
- Accidentes Laborales
- Alta prevalencia de salud mental
- Alta prevalencia de personas con discapacidad
- Mortalidad y lesiones por violencia
- Morbilidad y mortalidad por afecciones crónica
- Mortalidad por cáncer

Es importante destacar que existen planes nacionales y subnacionales para el manejo y enfrentamiento a desastres. El aspecto más significativo es que a nivel subnacional, se ha logrado que todas las Unidades de Salud, a nivel de cabecera municipal,

elaboren sus *Planes de Emergencia Sanitarios Locales* (PELS), sin embargo se presentan las siguientes limitantes:

- No hay fluidez en la dirección del manejo de la atención de los desastres cuando éstos ocurren, por lo que se inicia la atención de salud a la población con un máximo esfuerzo por una parte del personal de salud;
- Los PELS no son conocidos por todo el personal de salud, no son practicados en simulaciones o simulacros.
- Los Centros de Operaciones de Emergencia en los SILAIS prácticamente son inexistentes a pesar de contar con limitadas instalaciones para la vigilancia epidemiológica.

Financiamiento del Sector Salud

Como hemos mencionado, el sector salud en Nicaragua está fragmentado por lo que tiene diferentes fuentes de financiamiento; en este caso nos concentraremos en el MINSA que atiende a más del 60% de la población.

De conformidad con los principios rectores del MINSA, la función de planificación del financiamiento del sector se concibe como un proceso continuo y permanente, conformado por un conjunto integrado de momentos que se desarrollan en los diferentes niveles de gestión del Ministerio de Salud (Nivel Rector y SILAIS). Las fuentes de financiamiento son: Presupuesto del Estado, donaciones y la cooperación externa.

La Planificación en Salud tiene cuatro instrumentos rectores que son los siguientes:

- La Política Social del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
- La Política Nacional de Salud
- El Plan Nacional de Desarrollo Humano, Componente Salud 2008-2012
- El Plan Plurianual de Salud, que incluye el Programa de Inversiones en Salud.

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo Humano de Nicaragua, como el Plan Plurianual de Salud son los instrumentos a través de los cuales se hacen efectivas las políticas nacionales de salud y se establece la relación entre los diferentes niveles de gestión.

Estos instrumentos expresan las políticas y lineamientos del Gobierno de Nicaragua en su Componente de Salud, en ellos se plantea como Tema de Nación “Servicios de Salud Gratuitos, de Calidad, con atención preferencial para los pobres y con énfasis en la Salud Preventiva”; asimismo, la Política Nacional de Salud contempla como objetivo “Desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad, con enfoque de género y generacional para contribuir a reducir las iniquidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país”. Para desarrollar ambas directrices se han definido tres objetivos estratégicos que orienten el proceso de planificación y gestión de los servicios de salud para los siguientes años:

- Desarrollar una cultura nacional de promoción y prevención de la salud
- Garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud de calidad

- Profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.

Para llevar a cabo este marco político-estratégico de la Planificación en Salud se establece el Proceso Integrado de Planificación y programación presupuestaria del MINSA, el cual parte de los siguientes instrumentos:

- Elaboración del Plan Plurianual que establece la definición de las prioridades de salud y metas para un periodo de tres años.
- La Proyección Presupuestaria o sea el Marco Presupuestario de Mediano Plazo (MPMP) para un periodo de tres años.
- El Plan Institucional Anual
- Presupuesto Anual

El proceso de planificación de mediano plazo a definir corresponde al periodo 2010-2013, el cual parte de las prioridades determinadas en los instrumentos rectores del Ministerio de Salud y la disponibilidad de recursos que se proyecta tomando como referencia techos presupuestarios definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, articulado todo ello con una estructura programática-presupuestaria, lo que posibilita relacionar metas físicas expresadas en los indicadores seleccionados con volúmenes de recursos financieros dirigidos principalmente a la consecución de dichas metas.

El Plan Plurianual (PP) 2010–2013 contempla a partir de los programas y subprogramas de la estructura programática presupuestaria, la definición de indicadores y metas para los mismos, además de lineamientos estratégicos para cada uno de estos programas y subprogramas, coherentes con lo expresado en el Plan Nacional de Desarrollo Humano y Política Nacional de Salud con un alcance de tres años o más.

La estructura programática presupuestaria está integrada por seis programas en los que se identifican los grandes objetivos que el *Plan Nacional de Desarrollo Humano* señala para salud, además en el desglose de los programas pueden ser identificadas las políticas de salud, el desarrollo de la función rectora del MINSA, así como el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. En forma transversal a esta estructura puede visibilizarse la equidad de género.

El Programa Presupuestario incluye las actividades relevantes en el mediano plazo, así como sus indicadores de impacto, desempeño y seguimiento de la gestión institucional para un periodo de tres años (2010 – 2013). En el siguiente cuadro (1) mostramos la proyección del presupuesto del MINSA para el año 2010

Cuadro 1
PROYECCION DE PRESUPUESTO 2010

Tipo de Gasto

DESCRIPCION	PRESUPUESTO MODIFICADO/09	PROYECCION 2010	DIFERENCIA
Ministerio de Salud	5,169,712,956.95	5,054,574,446.41	-115,138,510.54
Recursos del Tesoro	4,259,142,000.00	4,426,666,000.00	167,524,000.00
Rentas con Destino Específico	52,280,422.00	93,398,000.00	41,117,578.00
Donaciones Externas	449,747,386.95	383,755,664.21	-65,991,722.74
Prestamos Externos	408,543,148.00	150,754,782.20	-257,788,365.80
Gasto Corriente	4,612,430,577.00	4,620,503,352.12	8,072,775.12
Recursos del Tesoro	4,050,342,204.00	4,196,136,000.00	145,793,796.00
Rentas con Destino Específico	42,116,684.00	63,692,334.59	21,575,650.59
Donaciones Externas	331,997,821.00	360,675,017.53	28,677,196.53
Prestamos Externos	187,973,868.00		-187,973,868.00
Gasto Capital	557,282,379.95	434,071,094.29	-123,211,285.66
Recursos del Tesoro	208,799,796.00	230,530,000.00	21,730,204.00
Rentas con Destino Específico	10,163,738.00	29,705,665.41	19,541,927.41
Donaciones Externas	117,749,565.95	23,080,646.68	-94,668,919.27
Prestamos Externos	220,569,280.00	150,754,782.20	-69,814,497.80

Según el Presupuesto General de la República, en el año 2008, el Ministerio de Salud ejecutó un monto de 4,578 millones de córdobas (incremento de 17.6 por ciento respecto a 2007), para un gasto de ²⁶377 córdobas per cápita en el año 2008, levemente inferior a los 390 córdobas del año previo (2007).

Antes del fenómeno de la crisis global, en Nicaragua se requería de 1681 millones de dólares para alcanzar la tendencia positiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de ello para salud materno infantil se necesitan 96 millones de dólares.

²⁶ Banco Central de Nicaragua. Evaluación de Indicadores Sociales 2008

Actualmente las estimaciones proyectadas nos presentan las siguientes ²⁷necesidades financieras para alcanzar los ODM:

Cuadro 2: Necesidades financieras para alcanzar los ODM

	2001	2005	2010	2015	Tasa promedio de crecimiento anual 2001-2015
Monto total	1,062	1,254	1,456	1,681	3.30%
Monto para educación básica	115	123	131	140	1.40%
Monto para salud materno infantil	112	159	181	196	4.10%
Monto para agua y saneamiento	35	56	62	66	4.80%
Otros Gastos	800	916	1082	1279	3.40%

4. Estado actual y tendencia de indicadores de salud seleccionados.

Los factores socio-económicos, culturales y ambientales presentados anteriormente, se reflejan en el estado de la salud de la población a través de:

Indicador	Situación Actual Año 2007	Tendencia
Mortalidad Materna	77.4 x 100,000nvr	<p>²⁸Durante los últimos años los esfuerzos del MINSA en prevenir las muertes maternas, ha permitido <i>reducir</i> de 150 en 1989 a 77.7 en el 2007, por 100,000 nacidos vivos registrados.</p> <p>²⁹Del total de la mortalidad materna, las que correspondieron a mujeres adolescentes pasó del 16.8 al 20 por ciento para los años 2005 y 2007.</p> <p>El mayor número de muertes maternas se registran en las Regiones Autónomas: RAAN y RAAS.</p> <p>³⁰De cada 100 muertes maternas en el país, 48 ocurren entre los días viernes y domingo. Las principales causas de mortalidad materna son, en orden de importancia: Hemorragias (principalmente a expensas de retención placentaria e hipotonías uterinas), Síndrome Hipertenso Gestacional y Sepsis.</p>

²⁷ PNUD. "Escenario de inversión social para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio y las metas nacionales de desarrollo en Nicaragua 2000-2015". Managua. 2007.

²⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. *Indicadores Básicos 2007*

²⁹ Ministerio de Relaciones Exteriores. *Borrador 0, Análisis del ODM 2. Febrero 2009.*

³⁰ Ministerio de Salud de Nicaragua – *Presentación del Dr. Carlos Jarquín Gonzáles. Dirección General de Servicios de Salud.*

		<p>³¹Para el año 2008, el 52 por ciento de las Muertes Maternas Obstétricas Directas fallecieron a nivel institucional, de las cuales un 90 por ciento eran evitables considerando su condición clínica al momento de su ingreso a la unidad de salud.</p> <p>³²Las principales características de las mujeres que murieron por causas relacionadas al embarazo, para el periodo 2005-2007 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El 41 por ciento eran mujeres entre los 20-34 años. ▪ Más de 80 por ciento provenían del sector rural; para una correlación de 3:1. ▪ Un elevado peso (86 por ciento) de mujeres con bajo nivel educativo (sin escolaridad, alfabetizada o con primaria incompleta). ▪ El 50 por ciento, tenían cuatro o más embarazos. ▪ El 64 por ciento tuvo atención domiciliar del parto de los que 45 por ciento fueron atendidos por parteras.
Embarazo en ³³ Adolescentes.	19.7 por ciento	<p>En la Encuesta sobre Salud Familiar 1992/1993, el 12 por ciento de las adolescentes eran madres. Los resultados de la ENDESA 2006/07, evidencian que de cada 100 adolescentes 20 son madres, reflejándose un <u>aumento</u> con respecto a 1992/1993.</p> <p>El 24 por ciento de las adolescentes se encuentran en unión conyugal y existe un 6 por ciento que ha tenido más de una pareja. El 32.4 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años no volvió a estudiar a causa de su primer embarazo.</p> <p>Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres, se registran en el departamento de Jinotega y en las Regiones Autónomas de: RAAN, y RAAS.</p> <p>En el quintil de bienestar más bajo, existen 3 veces más adolescentes que son madres que en el quintil más alto.</p>

³¹ Ministerio de Salud de Nicaragua – Presentación del Dr. Carlos Jarquín Gonzáles. Dirección General de Servicios de Salud.

³² Ministerio de Relaciones Exteriores. Borrador 0, Análisis del ODM 2. Febrero 2009.

³³ La edad referida para los estudios de esta variables es de 15-19 años de edad. No incluye los embarazos en menores de 15 años.

		<p>³⁴Es importante destacar que en el período 1963-2005 la proporción de mujeres adolescentes que se declaran jefas de hogar se incrementó de 0.62 a 1.30 por ciento.</p> <p>En el período 2000 al 2008 el MINSA registra en promedio anual de ³⁵<u>1,430 nacimientos en niñas de 14 años</u>, que representa un incremento de 9 por ciento en el 2007 con respecto al año 2000. Los departamentos con mayor número INVARIABLE en el último quinquenio son: Managua, Matagalpa y Jinotega.</p> <p>Esta cifra de nacimientos en niñas no se contabiliza en el promedio de adolescentes que ya son madres.</p> <p>³⁶Estudio reciente de la OMS ha calculado que los abusos sexuales en la infancia explican aproximadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 por ciento de los casos de depresión - 6 por ciento de los casos de abuso/dependencia del alcohol y las drogas, - 8 por ciento de los intentos de suicidio, - 10 por ciento de los casos de trastorno de pánico - 27 por ciento de los casos de trastorno de estrés postraumático.
Mortalidad Infantil	35.0 x 1,000 nacidos vivos	<p>³⁷Entre 1990 y 2006 en Nicaragua se registró una <u>reducción</u> del 51 por ciento de la mortalidad de la niñez menor de 5 años, pasando de 72 a 35 por cada mil nacidos vivos durante el período.</p> <p>Las mayores tasas de mortalidad infantil, se registran en Regiones Autónomas de: RAAN, RAAS y en el departamento de Carazo.</p> <p>³⁸Las estimaciones de la mortalidad infantil para el quinquenio 2005-2010, son de 29 (en niños), 23 (en niñas) y para ambos sexos es de 26.1 por 1,000 nacidos vivos.</p> <p>Según los registros del Ministerio de Salud, hay</p>

³⁴ UNFPA. *Cambios demográficos y sus implicaciones para las políticas públicas*. Octubre 2007.

³⁵ Ministerio de Salud. *Oficina de Estadísticas. Registro de Nacimientos 2000 al 2008*.

³⁶ OMS. *Sitio Web*. <http://www.who.int/features/qa/44/es/index.html>

³⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007*.

³⁸ Comisión Económica para América Latina (CEPAL). *“Panorama Social de América Latina- 2008”*

		<p>indicios de que la mortalidad infantil se está reduciendo; los datos administrativos estadísticos evidencian que en el año 2006 las defunciones de niños menores de un año registradas fueron de 1,349 , y en 2008 éstas se redujeron a 1,308.</p>
Mortalidad Neonatal	16 por 1,000 nacidos vivos	<p>³⁹Entre 1992/1993 y 2006/07 en Nicaragua se registró una <u>reducción</u> en la tasa de mortalidad neonatal, pasando de 20 a 16 por cada mil nacidos vivos durante el periodo.</p> <p>Sin embargo de ⁴⁰13,671 muertes neonatales registradas por el Ministerio de Salud, se evidencia que el 81.9 por ciento de las defunciones ocurren durante la primera semana de vida, y que el 40.5 por ciento entre el 0 y primer día de vida.</p> <p>El estudio presentado por el MINSA y OPS/OMS Nicaragua, refleja que 48 por ciento de las muertes en el período perinatal tiene por causa la asfixia, prematuridad e infecciones. Estos altos niveles de mortalidad en el recién nacido son directamente atribuibles a la calidad y cobertura del parto y a la falta de atención inmediata del recién nacido (incluyendo la reanimación del niño/a que nace deprimido).</p> <p>Las mayores tasas de mortalidad neonatal, se registran en la Región Autónoma de la RAAN y en los departamentos de: Chontales y Carazo.</p>
Bajo peso al Nacer	8.7 Por ciento	<p>En el 2001, ⁴¹12 de cada 100 niños, presentaban bajo peso al nacer; este número se <u>reduce</u> a ⁴²9 niños en el 2006/07. En los embarazos en adolescentes este número se incrementa a 10, y en las madres sin educación alcanza su máximo de 12.</p> <p>Los mayores porcentajes, se registran en los departamentos de: Madriz, Jinotega y Matagalpa.</p> <p>Estudios recientes indican que las personas que nacieron con bajo peso al nacer, por cada</p>

³⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. ODM4: Perfil de la Salud Infantil, 2008.

⁴⁰ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. ODM4: Perfil de la Salud Infantil, 2008.

⁴¹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001

⁴² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

		<p>500 gramos menos de peso, el riesgo de presentar ⁴³hemangiomas infantiles se incrementa nueve veces.</p> <p>-⁴⁴Cuando llegan a la adultez tiene mayores probabilidades de presentar: enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, entre otros.</p>
Desnutrición Crónica.	21.7 Por ciento	<p>⁴⁵La tendencia de la desnutrición en la niñez menor de 5 años ha registrado una <u>reducción</u> en el período 1998-2006/2007, pasando de 32.4 a 21.7 por ciento.</p> <p>Las mayores tasas de desnutrición crónica, se registran en los departamentos de Jinotega, Madriz y en la Región Autónoma de la RAAN.</p> <p>Comparativamente entre los años ⁴⁶2001 y 2006/07 se observa un comportamiento variado en la desnutrición crónica en la niñez, según los niveles de ingreso. En los dos grupos de más bajos ingresos se observa una pequeña disminución y en los grupos de ingresos medios y más altos existe un aumento, lo que revela que el fenómeno de la desnutrición no es exclusivo de las poblaciones más pobres.</p> <p>Sin embargo este comportamiento varió con respecto a la educación de la madre; en las madres que no tienen educación la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años, alcanza el ⁴⁷36.1 por ciento contrastando con el 6.2 por ciento cuando la madre posee un nivel educativo superior. Por lo que mientras las mujeres del campo carezcan de oportunidades educativas, la desnutrición infantil persistirá.</p> <p>⁴⁸En relación a la subnutrición, entendida como la ingesta de alimentos que no cubre las necesidades de energía básica de manera continua, se registra una <u>disminución</u> entre 1990-2006 del 30 al 27 por ciento, reflejando</p>

⁴³ “Los hemangiomas infantiles son tumores benignos formados por la acumulación anormal de vasos sanguíneos. Aparecen en un 2% de los niños menores de un año y el 60% se localiza, especialmente, en la cara y el cuello. Su frecuencia aumenta hasta un 5% en los prematuros y los niños de bajo peso”. *The Journal of Pediatrics*

⁴⁴ *The Journal of Pediatrics*

⁴⁵ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007*.

⁴⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 y 2006/2007*.

⁴⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007*.

⁴⁸ MINSA, OPS-OMS. *Insumos para la elaboración de informe de avance de los ODM en Nicaragua. 2008*

		<p>que en 2006 cerca de 1.47 millones de personas estaban subnutridas.</p> <p>En el país, uno de cada tres niños entre los 12 y 59 meses de edad presenta anemia y de cada 100 niños menores de 5 años, ⁴⁹38 no han tenido ingesta de vitamina "A" y 53 no han consumido hierro.</p>
Desnutrición en menores de seis meses de edad	17.4 Por ciento	⁵⁰ La desnutrición crónica en menores de seis meses ha registrado un <u>aumento</u> de 16 en el 2001 a 17.4 por ciento en el 2006/07, situación que se relaciona con la disminución de la lactancia materna exclusiva en este grupo de edad.
Lactancia Materna exclusiva en niños menores de 6 meses.	0.6 meses	<p>⁵¹Se presenta una <u>reducción</u> entre el año 2001 y el 2006/07, pasando del 90 al 46 por ciento en niños que fueron amamantados 6 o más veces en el día. En el área rural esta disminución fue también considerable para los mismos períodos, al pasar de 94 a 48 por ciento.</p> <p>El promedio de veces que las madres rurales dan de mamar es superior a la urbana (5.4 y 4.5 veces respectivamente).</p>
Enfermedades Diarreicas Agudas	15.5 Por ciento	<p>⁵²La tendencia de la prevalencia de diarrea en la niñez menor de 5 años <u>no ha registrado una reducción significativa</u> en el período 1998-2006/2007, pasando de 14.0 a 15.5 por ciento.</p> <p>Las mayores tasas de prevalencia por diarrea, se registran en la Región Autónoma de la RAAN y en los departamentos de Jinotega y Boaco.</p> <p>⁵³En Nicaragua, únicamente el 58.6 por ciento de los niños menores de 5 años y con diarrea, recibió sales de rehidratación.</p> <p>De los niños con diarrea, al ⁵⁴56.6 por ciento se le disminuyó la cantidad de alimentos y al 31</p>

⁴⁹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

⁵⁰ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

⁵¹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

⁵² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

⁵³ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

⁵⁴ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

		<p>por ciento se le disminuyó la cantidad de líquidos; ambos factores en conjunto con el número de episodios por diarrea conllevan a una complicación que profundiza la desnutrición en los niños y representa un factor de riesgo para la mayor incidencia y gravedad de las enfermedades, retrasando la curación de las mismas.</p> <p>⁵⁵Según la Organización Mundial de la Salud, en las comunidades donde no hay acceso a tratamiento con sales de rehidratación oral, el uso de una pizca de sal y un puño de azúcar mezclados en agua limpia y tabletas de zinc, que tienen un costo aproximado de 30 centavos de dólar, impedirían un riesgo de morir por episodio de diarrea aguda.</p> <p>Las cifras estadísticas del Ministerio de Salud, presentan una tasa de incidencia fluctuante entre 317.5 (tasa mínima) y 386.5 (tasa máxima) por 10,000 habitantes. Comparativamente hay un aumento de la tasa entre el año 2000 al 2007, pasando de 372.2 a 386.5 por 10,000 habitantes.</p>
Enfermedades Respiratorias Agudas	29.1 Por ciento	<p>⁵⁶La tendencia de la prevalencia por enfermedades respiratorias en la niñez menor de 5 años ha <u>umentado</u> en el período 1998-2006/2007, pasando de 26.4 a 29.1 por ciento.</p> <p>Las mayores tasas de prevalencia por enfermedades respiratorias, se registran en los departamentos de: Jinotega, Chinandega y Madriz.</p> <p>Las cifras estadísticas del Ministerio de Salud, presentan una tasa de incidencia fluctuante entre 2,208 (tasa mínima) y 2,869 (tasa máxima) por 10,000 habitantes.</p> <p>Comparativamente hay un aumento de la tasa entre el año 2000 al 2007, pasando de 2,659.4 a 2,869.6 por 10,000 habitantes.</p>
⁵⁷ VIH y SIDA Tasa de Incidencia.	 12.0 por 100,000 hab.	<p>⁵⁸En el año 2000, la <u>tasa de incidencia</u> era de 2.5, la que <u>umenta</u> vertiginosamente hasta la tasa actual de 12.0 por 100,000 habitantes.</p> <p>⁵⁹A diciembre del 2007 existía un registro</p>

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, *Child Mortality Due to diarrhoea in developing countries*. September 2008

⁵⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007*.

⁵⁷ VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana

⁵⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. *Indicadores Básicos 2007*

⁵⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua.

<p>Tasa de prevalencia acumulada.</p>	<p>42.9 por 100,000 hab.</p>	<p>acumulado de 3,122 personas diagnosticadas con VIH o SIDA, de las cuales fallecieron 679. En este mismo año se diagnosticaron 672 personas con VIH, que equivale a una incidencia de 12.0 personas por cada 100,000 habitantes, el 22 por ciento en la fase de SIDA.</p> <p>19 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad afirmaron en la última encuesta de correr riesgo o peligro de infectarse con VIH y SIDA. El 54.9 por ciento de este riesgo se debe a que la pareja tiene o puede tener más parejas. El mayor porcentaje se registra en los departamentos de León, Estelí y Rivas.</p> <p>La tasa de prevalencia acumulada 1987-2007 es de 42.9 por 100,000 habitantes, siendo los departamentos de Managua, Chinandega, León y la RAAN los que presentan mayor número de casos.</p> <p>La prevalencia en población adulta (15 a 49 años de edad) estimada por ONUSIDA para el año 2007 es de 0.2</p> <p>Basados en los resultados del análisis del impacto de la epidemia y de la factibilidad social, el Plan Estratégico Nacional de VIH 2006-2010 estableció como prioridad para la respuesta nacional a los siguientes departamentos: Chinandega, León, Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) Sur, Masaya, Managua, Río San Juan, Nueva Segovia, Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN), Rivas y Madriz.⁶⁰</p> <p>La transmisión del VIH está ocurriendo principalmente a través de relaciones sexuales (94 por ciento), con predominio en personas heterosexuales (78 por ciento), hecho que generalmente se acompaña de un incremento de la transmisión de mujeres embarazadas a sus hijos. En Nicaragua, la proporción de la población de 15 años y más con infección avanzada por el VIH que recibe terapia antirretroviral pasó de 43.9 en 2006 a 52.2 por ciento en 2007. De forma similar, el porcentaje de embarazadas con VIH que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil aumentó de 16.4</p>
---------------------------------------	------------------------------	--

⁶⁰ Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para el VIH 2006-2010. Managua, Nicaragua. Agosto 2006

⁶¹ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2008.

⁶² Comisión Nicaragüense del Sida. Medición del Gasto en Prevención, Promoción, Atención y Tratamiento del VIH. Nicaragua 2004-2006. Managua. Noviembre 2007.

		<p>en 2006 a 24.7 por ciento en 2007.</p> <p>⁶¹El impacto de la infección por el VIH suele magnificarse en condiciones de pobreza. Por ejemplo, la carga financiera asociada con el VIH para los hogares más pobres representa el 82 por ciento del ingreso anual, mientras que la carga comparable para las familias más adineradas es un poco más del 20 por ciento.</p> <p>El uso de modelos económicos estándar sugiere que el VIH probablemente reduzca el crecimiento económico de países con alta prevalencia en un 0.5 a un 1.5 por ciento en 10 a 20 años (Piot, Greener y Russell, 2007), un impacto que agrava más la pobreza.</p> <p>En el país, el Gasto Nacional en VIH y Sida se ha incrementado ligeramente entre 2004 y 2006, pasando de 5.3 a 5.8 millones de dólares en este período. ⁶²El 60.7 por ciento del financiamiento para responder a la epidemia proviene de la cooperación internacional y 20.1 por ciento proviene de los hogares (gasto de bolsillo).</p> <p>El VIH y SIDA impone una considerable carga psicológica. Las personas con VIH suelen sufrir depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o amigo. La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio.</p>
Malaria	2.4 por 10,000 hab.	<p>⁶³La tasa de incidencia por cada 10,000 habitantes se <u>reduce</u> de 47.9 en el 2000 al 2.4 en el 2007, destaca el incremento de la búsqueda activa de casos (muestreo hemático) hasta en un 97.2 por ciento.</p> <p>No obstante, de acuerdo a lo planteado por la OMS que con un índice de láminas positivas < 5% los países pueden entrar en la fase de pre-eliminación, Nicaragua a pesar de haber alcanzado un ILP 0.14 podría estar en fase de eliminación; sin embargo al no cumplirse el índice de exploración sanguínea a nivel de los municipios, no existe un mecanismo de</p>

⁶³ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

		<p>validación de la consistencia de los datos, ya que la vigilancia de los febriles no es la óptima.</p> <p>En el 2007 se registraron 1,356 casos positivos de malaria, de los cuales 1,250 (92.2 por ciento) fueron producidos por Plasmodium Vivax y 106 (8 por ciento) por Plasmodium Falciparum.</p> <p>⁶⁴La malaria tiene efectos de por vida en el desarrollo cognitivo, la educación y la productividad. La enfermedad causa como media una pérdida del 1.3 por ciento del crecimiento económico anual en los países donde se da una transmisión intensa. La evidencia acumulada muestra que <i>la malaria no es consecuencia de la pobreza, sino una causa de pobreza persistente</i>.</p>
Leishmaniasis	9.09 por 10,000 hab	<p>⁶⁵La leishmaniasis en sus distintas formas clínicas tiende a aumentar, triplicándose el número de casos reportados en 10 años. El 82 por ciento de casos se concentran en Jinotega y Matagalpa</p> <p>Al cierre del 2008 la tasa por 10,000 habitantes fue de 9.09</p>
Chagas		<p>⁶⁶A pesar de los problemas de registro de la enfermedad de Chagas, estudios recientes (2000-2003) en escolares de 7 a 14 años, en 15 departamentos, demostraron alta seroprevalencia, con valores de 10.8 y 4.3 por ciento para Madriz y Nueva Segovia.</p>
Tuberculosis	41.1 por 10,000 hab.	<p>⁶⁷La tasa de prevalencia por cada 10,000 habitantes se <u>reduce</u> de 47.0 en el 2000 al 41.1 en el 2007.</p> <p>⁶⁸Desde 1990 el país adoptó e implementó, el tratamiento acortado DOTS/TAES; este esquema ha mostrado significativos avances; la cohorte evaluada del 2005 mostró un abandono del 6 por ciento, lográndose la sostenibilidad en el porcentaje de éste.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por</p>

⁶⁴ OMS. Sitio Web. <http://www.who.int/mediacentre/events/2006/g8summit/malaria/es/>

⁶⁵ MINSA, OPS/OMS. Perfil del Sistema de Salud 2007. Documento para discusión.

⁶⁶ MINSA, OPS/OMS. Perfil del Sistema de Salud 2007. Documento para discusión.

⁶⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

⁶⁸ Ministerio de Salud de Nicaragua – Borrador 0, Insumos OPS/OMS, MINSA, para Avances ODM Nicaragua, 2008.

		<p>tuberculosis se registra en los departamentos de Managua, Matagalpa y en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN).</p> <p>⁶⁹Según la Organización Mundial de la Salud, un paciente con tuberculosis pierde de tres a cuatro meses de jornada laboral y del 20 al 30 por ciento de sus ingresos anuales por la pérdida de salario. Su muerte prematura representa la pérdida de 15 años de ingresos.</p> <p>Las personas con tuberculosis infecciosa contagian como promedio 10 a 15 personas al año a través del aire respirado.</p>
Diabetes	78.2 por 100,000 hab.	<p>El <i>Diabetes Atlas</i> de la Federación Internacional de Diabetes (⁷⁰FID) calcula que hay 1,300 niños de menos de 14 años con diabetes tipo 1 en Nicaragua, y 216,800 personas de entre 20 y 79 años con diabetes.</p> <p>⁷¹ANIDIAB, estima que 9 por ciento de la población nicaragüense está enferma por Diabetes.</p> <p>⁷²La tasa de mortalidad experimenta un <u>aumento</u> vertiginoso, de una tasa de 62.7 en el 2000 a 78.2 por 100,000 habitantes en el 2007.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por diabetes se registra en los departamentos de Managua, Chinandega y León.</p> <p>⁷³Según resultado de estudio presentado por la OPS/OMS y la Asociación Latinoamericana de Diabetes, el costo directo per cápita de la diabetes es de U\$ 624 y el gasto per cápita en salud es de U\$41. Es evidente entonces la brecha entre el gasto en salud y el costo del cuidado de la diabetes.</p> <p>⁷⁴El promedio de hospitalización en el año 2007, fue de 7.2 días.</p>
Hipertensión Arterial.	61.4 por 100,000 hab.	<p>⁷⁵La tasa de mortalidad experimenta un <u>aumento</u>, de una tasa de 37.6 en el 2000 a 61.4 por 100,000 habitantes en el 2007.</p>

⁶⁹ OMS. *Iniciativa "Alto a la tuberculosis"*

⁷⁰ *Federación Internacional de Diabetes: <http://www.idf.org/>*

⁷¹ *Asociación Nicaragüense de Diabetología (ANIDIAB)*

⁷² *Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007*

⁷³ *OPS-OMS, ALAD – El Costo de la diabetes en America, 2004*

⁷⁴ *Ministerio de Salud de Nicaragua – Oficina de Estadísticas. Indicadores Hospitalarios 2006/2007.*

		<p>El mayor número de personas fallecidas por hipertensión arterial se registra en los departamentos de Managua, Masaya y Matagalpa.</p> <p>La prevalencia de hipertensión en Managua fue de 25% y el factor de riesgo más frecuente fue el sobrepeso con 65.6% (IMC entre 25.1 y 29.9 kg/m²), seguido de la obesidad con 28.3% (IMC mayor de 30 kg/m²)</p> <p>⁷⁶El promedio de hospitalización en el año 2007, fue de 4.2 días.</p>
Cáncer de Cuello uterino	29.8 por 100,000 hab.	<p>⁷⁷La tasa de mortalidad en mujeres de 35 y más años, presenta un <u>aumento</u>, de una tasa de 28.9 en el 2000 a 29.8 por 100,000 habitantes en el 2007.</p> <p>La ENDESA 2006/2007 revela que el 71.5 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años con experiencia sexual, se ha hecho el test PAP y el 53.1 por ciento ya tiene más de un año transcurrido desde la última citología. Estos resultados muestran la necesidad de ampliar la promoción a la salud de este programa a las mujeres de alto riesgo, incluyendo a sus parejas sexuales.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por cáncer cérvico uterino, se registra en los departamentos de Managua, Chontales y León.</p> <p>⁷⁸Se calcula que la prueba del cáncer cervicouterino de la mujer cada cinco años tiene un costo de alrededor de US\$100 en los EE.UU. El tratamiento de la mujer con cáncer cérvico uterino tiene un costo de aproximadamente US\$2.600 en los EE.UU.</p>
Cáncer de mama.	14.0 por 100,000 hab.	<p>⁷⁹La tasa de mortalidad en mujeres de 35 y más años, presenta un <u>aumento</u>, de una tasa de 13.0 en el 2000 a 14.0 por 100,000 habitantes en el 2007.</p> <p>La ENDESA 2006/2007 revela que solamente el 28.3 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años, le han examinado los senos y el 19 por</p>

⁷⁵ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

⁷⁶ Ministerio de Salud de Nicaragua – Oficina de Estadísticas. Indicadores Hospitalarios 2006/2007

⁷⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

⁷⁸ OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja Informativa.

⁷⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

		<p>ciento alguna vez se ha hecho un autoexamen.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por cáncer de mama, se registra en los departamentos de Managua, Chinandega y León.</p>
Salud Mental/Suicidios	6.3 por 100,000 hab.	<p>⁸⁰La tasa de mortalidad por suicidios <u>presenta leve reducción</u>. En el año 2000 se registra una tasa de 7.2 la que pasa en el año 2007 a 6.3 por 100,000 habitantes. ⁸¹De cada 100 suicidas en el país, 52 son menores de 25 años de edad, de ellos 14 son en adolescentes.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por suicidio se registran en los departamentos de Managua, Matagalpa y Chinandega.</p> <p>⁸²Según estimaciones del país los intentos suicidas son 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado. Entre el 40-70% de las personas que se suicidan padecen de Depresión.</p> <p>La ENDESA 2006/2007 revela que en las mujeres de 15 a 49 años de edad, el 52.1 por ciento han presentado aflicción emocional por diversos factores.</p>
Violencia Intrafamiliar.	234 por 100,000 hab.	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para considerar la violencia intrafamiliar (VIF) problema de salud pública la tasa debe ser de 10 por 100,000 habitantes, en Nicaragua es 12 veces más.</p> <p>La tasa ha <u>aumentado</u> pasando de 205 a 234 por 100,000 habitantes en el 2006.</p> <p>⁸³En el año 2008, el ⁸⁴Instituto de Medicina Legal, dictaminó 11,172 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales el 43 por ciento ocurrió entre familiares, 52 por ciento conyugal y 4 por ciento infantil. De cada 100 eventos VIF, 33 son en Managua, seguido de León (6 por ciento), Chinandega (6 por ciento) y Masaya (6 por ciento).</p>

⁸⁰ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

⁸¹ OPS/OMS Nicaragua, cálculos propios a partir de las Estadísticas de Enero a Diciembre 2006/2007 PN.

⁸² Ministerio de Salud de Nicaragua – programa de salud Mental

⁸³ Instituto de Medicina Legal. Datos proporcionados a OPS/OMS Nicaragua.

⁸⁴ El Instituto de Medicina Legal, solo tiene presencia en 24 municipios del país, de ahí que la violencia intrafamiliar se estime oscile entre los 110 a 120,000 casos anuales.

		<p>⁸⁵En promedio en los últimos seis años, 54 de cada 100 casos de violencia conyugal ocurren en el estrato de 23 a 35 años de edad, y un promedio de 888 casos anuales sin variación significativa.</p> <p>Es importante destacar que los hijos de familias con violencia intrafamiliar contra la mujer son tres veces más propensos a asistir a consultas médicas y también son hospitalizados con mayor frecuencia.</p> <p>⁸⁶El 63 por ciento de estos niños repite años escolares y abandona la escuela en promedio a los 9 años de edad, frente a una escolaridad hasta los 12 años en los hijos de mujeres que no sufren castigos graves.</p> <p>⁸⁷De cada 100 mujeres, 26 de ellas observaron en su niñez/adolescencia, el maltrato físico de parte de su padre hacia su madre.</p> <p>⁸⁸Un estudio reciente en la ciudad de León indica que la agresión física y sexual en contra de las madres (ya sea antes o durante el embarazo) aumenta sustancialmente el riesgo de mortalidad de sus hijos hasta la edad de cinco años.</p>
Salud Mental/Agresiones	8.3 por 100,000 hab.	<p>⁸⁹La tasa de mortalidad ha <u> aumentado</u>. En el año 2000 se registra una tasa de 6.7 la que pasa en el año 2007 a 8.3 por 100,000 habitantes.</p> <p>El mayor número de personas fallecidas por Agresiones se registra en los departamentos de Managua, Chontales y Matagalpa.</p> <p>⁹⁰Según muestra de datos de las emergencias hospitalarias del país, para el periodo 2000-2007, en el 44 por ciento de las lesiones el factor detonante fue el consumo de alcohol y/o drogas.</p> <p>El informe mundial 2008 de la United Nations Office on Drugs and Crime evidencia que en</p>

⁸⁵ Instituto de Medicina Legal. Datos proporcionados a OPS/OMS Nicaragua.

⁸⁶ Banco Interamericano de Desarrollo – El costo de la violencia doméstica

⁸⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007

⁸⁸ Asling-Monemi, Pena, Ellsberg y Persson, 2003.

⁸⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

⁹⁰ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Base de datos de lesiones.

		<p>Nicaragua, aumentó considerablemente el consumo de marihuana, con una prevalencia anual de consumo del 2.2, 1.0 en cocaína y un 0.8 en anfetaminas, en población de 15-62 años de edad.</p> <p>Según los registros de la ⁹¹Policía Nacional para el I Semestre 2008, de cada 100 víctimas de delitos del país, 48 son mujeres y 12 son niños; siendo los victimarios un 5 por ciento por adolescentes.</p> <p>⁹²El número de <u>violaciones sexuales a las mujeres ha incrementado</u>, pasando de 1,524 a 1,757 del año 2006 al 2007.</p> <p>⁹³En Nicaragua, diariamente ocurren 5 violaciones a mujeres, 51 lesiones y 57 hurtos a la población en general.</p> <p>⁹⁴Desde hace algún tiempo, las autoridades policiales, han acuñado la frase de que “Nicaragua es el país más seguro de Centroamérica”, las evidencias demuestran que 43 personas de cada 100 opinan lo contrario. Según la percepción ciudadana los principales problemas que tienen que enfrentar a diario son los robos, las pandillas, el narcotráfico, la violencia intrafamiliar y el tráfico ilegal de personas.</p>
Enfermedades Prevenibles por Vacunación.		<p>Las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) siguen bajo control y, en el año 2005, el país avanzó hacia la consolidación de la eliminación del sarampión y en la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita, a través de la Jornada Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Rubéola.</p> <p>Sin embargo, en el periodo de 2000 a 2005, se observa una disminución gradual de las coberturas de vacunación, que no se debe solamente a problemas en la estimación de población, ya que se observa una disminución en el número total de dosis aplicadas de la Vacuna contra la Tuberculosis (BCG) y la Vacuna contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis</p>

⁹¹ Policía Nacional de Nicaragua – Actividad Policial I Semestre 2008

⁹² Policía Nacional de Nicaragua – Actividad Policial Enero a Diciembre 2006/2007.

⁹³ OPS/OMS Nicaragua, cálculos propios a partir de las Estadísticas de Enero a Diciembre 2006/2007 PN.

⁹⁴ Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas. Primera encuesta sobre percepciones de seguridad ciudadana y desempeño policial en Nicaragua.

		(MMR), así como en el número de terceras dosis de Vacuna Oral contra Poliomiélitis (OPV) y Pentavalente (DPT/HepB + Hib).
--	--	---

5. Retos del Sector Salud

El Sector Salud actual está conformado por un sub sector público y un sub sector privado. Dentro del sub sector público el Ministerio de Salud (MINSa) es el principal oferente de servicios de salud y la institución rectora de la salud. La principal entidad aseguradora en el país es el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el que a través de 49 Empresas Médicas Previsionales (ahora denominadas Clínicas Médicas Previsionales - CMP) compra prestaciones médicas para asegurados y derecho habientes.

⁹⁵La cobertura de atención por parte de las instituciones se estima en: Ministerio de salud (61.2%), INSS (16.5% afiliados y familiares), Gobernación y Ejército (6%), instituciones privadas (16.3%). Gran parte de la población complementa los servicios de MINSa con servicios privados y del sector ONG.

En Nicaragua, a pesar de los avances reflejados en algunos indicadores de salud, persisten **tres grandes retos** a superar por parte del país:

Reto 1: El de la equidad

Distribución de la riqueza. Es importante destacar que el quintil pobre únicamente recibe el ⁹⁶5.6 por ciento del ingreso nacional, mientras que el quintil rico recibe el 49.3 por ciento del ingreso.

⁹⁷**Agua segura.** El acceso a servicios de agua potable cubre solamente el ⁹⁸65 por ciento de la población del país, sin embargo las inequidades existentes reflejan que en el 88 por ciento de las familias del quintil superior tienen acceso a servicios de agua potable, pero solamente un 28 por ciento en los quintiles más pobres reciben este servicio. La situación se hace más crítica en las zonas rurales y así vemos que el 85 por ciento de las viviendas presentan contaminación de agua para consumo humano y el 82.6 por ciento de las familias no dan ningún tipo de tratamiento al agua.

⁹⁹**Continuidad del abastecimiento de agua.** La continuidad de los servicios de abasto de agua potable es un problema en el país; aproximadamente 2/3 de la población de Managua tiene un abastecimiento constante de agua (67.1 por ciento del total de la población de la capital), mientras que en la Región del Atlántico del país, la continuidad de este servicio disminuye a un 49% del total de la población de estas regiones. Realizando el análisis por quintiles de bienestar, se encuentra que 31.8 por ciento de los pobres recibe abastecimiento parcial, de los cuales el 10.7 por ciento recibe al menos 1 hora/diaria ó 1 día de la semana.

⁹⁵ MINSa. *Política Nacional de Salud. Enero 2009*

⁹⁶ Gobierno de Reconstrucción y Unidad Nacional. *Plan Nacional de Desarrollo Humano, Borrador 0, Abril 2008.*

⁹⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005*

⁹⁸ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 1998/2005*

⁹⁹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005*

¹⁰⁰**Limitado acceso a servicios de salud.** Del 51.1 por ciento de la población que informó estar enferma, 57 de ellos eran de la población rural, de éstos el 15 por ciento no acudió a una unidad de consulta por la distancia geográfica y el 18 por ciento por la mala calidad de la atención en dicho centro. ¹⁰¹El desembolso en efectivo por parte de los hogares para su atención en salud representa el 16 por ciento del gasto no alimentario en el quintil más pobre. En el país, el 26 por ciento de los nacimientos ocurridos entre septiembre 2001 a Agosto del 2006, ocurrieron en el domicilio; este porcentaje se incrementa al 43 por ciento en el área rural y a 58 en el quintil más pobre.

¹⁰²**Desnutrición.** La desnutrición crónica es del 21.7 por ciento en menores de 5 años; al analizar por quintiles de bienestar, encontramos que en el quintil más pobre es seis veces (34.9) más que en el quintil más rico (5.8). En el caso de las mujeres de 15 a 29 años de edad con un índice de masa corporal menor de 18.5 Kg., esta desnutrición es de 2.9 por ciento.

¹⁰³**Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).** En el quintil pobre, la TMI es el doble (35 niños por cada 1000) que en el quintil rico (19 por cada 1000). El Censo de población del 2005, estimo para la población indígena una tasa de mortalidad de 53.4 (RAAN) y de 49.4 (RAAS).

¹⁰⁴**Vacunación.** Un esquema de vacunación completa en niños de 18 a 29 meses de edad, que refleja una brecha entre la población pobre (77.8 por ciento) y la población rica (88.7 por ciento), el 3.3 por ciento de niños en este estrato de edad y que pertenecen al quintil pobre no tienen ninguna vacuna.

¹⁰⁵**Prevalencia de Diarrea.** El quintil pobre tiene 3 veces más prevalencia de diarrea (20 por ciento) que el quintil rico (7.8 por ciento). Mayoritariamente las enfermedades diarreicas son causadas por consumo de agua insegura y/o malas prácticas de higiene. ¹⁰⁶Es importante destacar que el 80 por ciento de la población tiene conocimiento sobre el lavado de manos y los momentos críticos o claves cuando debe realizarlo, sin embargo solo el 53 por ciento sabe hacerlo correctamente.

Inequidad en la distribución del recurso humano en salud: El Ministerio de Salud, para el año ¹⁰⁷2007, registra 8,208 recursos humanos con funciones asistenciales, de los cuales de cada 100:

- 14 son médicos generales (1,129 Médicos generales)
- 12 son médicos especialistas (989 Médicos especialistas),
- 47 son auxiliares de enfermería (3,821 auxiliares de enfermería),
- 25 son enfermeras (2,023 enfermeras).

¹⁰⁰ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

¹⁰¹ Banco Mundial. Informe de Pobreza 2008.

¹⁰² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

¹⁰³ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

¹⁰⁴ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

¹⁰⁵ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

¹⁰⁶ Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

¹⁰⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. Indicadores Básicos 2007

Pero que de cara a la población, las tasas por 10,000 habitantes presentan una disminución.

Recurso Humano	¹⁰⁸ Año 1990	¹⁰⁹ Año 2007
Médicos	5.08	4
Auxiliares de enfermería	7.4	7.2

Tasa por 10,000 habitantes

Exclusión en Salud: El estudio de ¹¹⁰ exclusión en salud elaborado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, revela que de cada 100 nicaragüenses:

- 58 están excluidos socialmente en la salud, negándosele el derecho a tener una vida saludable,
- 44 están excluidos de la atención médica en caso de enfermedad.

¹¹¹El nivel de inaccesibilidad a los servicios de salud en poblaciones indígenas y afrodescendientes alcanza a más del 75 por ciento de las poblaciones creole/garífuna, miskitos y mayagnas. El 55.7 por ciento de niños/as miskitos y 100 por ciento de ramas no tienen acceso a controles para el crecimiento y desarrollo.

Reto 2: El de la calidad

Existen una serie de problemas que convergen en una pésima calidad de la atención en las unidades de salud, que hace que se manifiesten resultados como el que se detalla a continuación:

La ENDESA 2006/07, revela que las mujeres con hijos nacidos vivos entre septiembre 2001 a agosto 2006, no fueron al hospital a dar a luz, por las siguientes razones:

- 22.4 por ciento, no las tratan bien.
- 12.7 por ciento, las hacen esperar mucho.
- 10.7 por ciento, hacen prácticas incómodas
- 4.4 por ciento, por falta de dinero.
- 3.1 por ciento, no hay medicamentos.
- 2.0 por ciento, las hacen parir en posición incómoda.
- 1.9 por ciento, el establecimiento de salud estaba cerrado.

Que tienen como origen:

1. **Un sistema de salud segmentado** (Ministerio de Salud, Seguro Social, Fuerzas Armadas). Es necesaria la institucionalización de las relaciones entre estos sectores, que no dependan de las buenas relaciones del momento, para poder cumplir con la gestión colaborativa del cuidado, de los riesgos poblacionales, de los puntos de atención a la salud y por ende con la gestión clínica. Esto implica compartir objetivos, proyectos, recursos, conocimientos y

¹⁰⁸ OPS. *Las condiciones de salud en las Américas, edición de 1994.*

¹⁰⁹ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. *Indicadores Básicos 2007*

¹¹⁰ MINSA-OPS/OMS. *Caracterización de la exclusión social en Salud en Nicaragua. Mayo 2008.*

¹¹¹ MINSA, OPS/OMS. *Perfil del Sistema de Salud 2007. Documento para discusión.*

reconocer que ambos existen como par o interlocutor. (*reforma en pro de la cobertura universal y del liderazgo*)

2. **Una asignación presupuestaria a los ¹¹²SILAIS en “base presupuestación histórica” sin tomar como referencia las realidades de salud pública que existe en los territorios**, y que no basta para financiar el acceso de toda la población del territorio a un paquete de servicios esenciales de atención sanitaria. La asignación de un presupuesto reducido y la no utilización óptima del recurso económico movilizado da lugar a diferencias desproporcionadas en la atención, lo que deja espacios abiertos para las acciones de salud dispersas.
3. **Acciones públicas de salud aún dispersas**. En la actualidad persiste a nivel territorial la falta de coordinación del sector salud con Organismos No Gubernamentales, Fundaciones, Movimientos Sociales, Hermanamientos entre Alcaldías, que movilizan grandes cantidades de recursos y realizan acciones hacia los sectores comunitarios, pero que no van alineados a las estrategias y prioridades del sector salud y por ende no contabilizadas en el sistema de salud del país. (*reforma del liderazgo y que mejoren la salud de las comunidades*)

Estas acciones positivas, pero dispersas y ausentes de sinergias, no permiten efectuar control de la calidad, el costo y la provisión, generando incrementos en los costos de la atención y por ende promueven una asignación ineficiente de los recursos en el sistema.

4. ¹¹³**Una red de servicios de salud, alejada de los centros poblacionales**, que requiere de inversiones, con una patología mixta y en donde hay una carga de enfermedades crónicas muy importante que está demandando tecnología médica y un tipo de atención de alto costo.

En Nicaragua, la red de servicios está constituida por ¹¹⁴1,275 unidades, de las cuales 32 son hospitalarios (agudos y crónicos), 178 centros de salud (de ellos UNICAMENTE 27 son con camas), y 948 puestos de salud. De estas unidades el 78% fueron construidos ya tienen más de 40/50 años de vida útil, con graves daños estructurales.

Según el VIII Censo de Población y el IV de viviendas, de 211,999 viviendas, el 56 por ciento de estas se encuentran a 2 y más horas de distancia de la unidad de salud cercana, y de ellas el 6 por ciento a más de 5 horas.

5. **Un gasto en salud** que representa el 3.8 por ciento como porcentaje del PIB, pero **con un significativo porcentaje del presupuesto nacional del sector salud financiado con fondos externos**, que tiene su impacto inmediato en el gasto per cápita en el sector público de la salud y por ende proporciona una fragilidad a la toma de acciones del sector. ¹¹⁵A nivel de los dos grandes prestatarios de servicios del sector salud: MINSA e INSS aun no existe mancomunación entre los distintos esquemas/planes de financiamiento de salud, ni igualación de riesgos, por tanto la inversión en salud es diferentes y genera una alta segmentación. (*reforma de las políticas públicas*)

¹¹² Los SILAIS solo administran entre el 10-15 por ciento del presupuesto total asignado

¹¹³ Dra. Socorro Gross. *Análisis sobre la política de gratuidad de los medicamentos*. Mayo/2007.

¹¹⁴ MINSA. *Unidad de Estadísticas. Red de Servicios al 31 de Diciembre del 2008*.

¹¹⁵ OPS. *Evaluación institucional del Sistema de Financiamiento de la Salud Nicaragüense*. Febrero 2009.

6. **La débil estimulación de la innovación organizativa**, si bien se cuenta con estilos directivos participativos, se debe buscar modos más eficientes de relación con los ciudadanos, desburocratizando los procesos y mejorando la confortabilidad de las instalaciones; la humanización en las unidades de salud, debe estar en las líneas estratégicas del sector como algo prioritario, partiendo de la premisa que “Cada persona precisa de un comportamiento afectivo e intelectual diferenciado que permita ofrecerle la atención sanitaria desde la singularidad.”.
7. **El acceso a servicios de salud no está disponible para grandes segmentos de la población, principalmente en el área rural**, en donde se focalizan la mayor parte de la población excluida y en donde los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social. Con la dispensarización establecida en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, esta brecha ha venido disminuyendo pero aun persiste. *(reformas de la prestación de servicios y que mejoren la salud de las comunidades)*
8. **La oferta de servicios de salud no siempre se ajusta a las expectativas, valores sociales y preferencias culturales**, de los territorios o zonas geográficas del país. Urge mayores esfuerzos en la implementación del modelo de salud intercultural para poblaciones indígenas y de la Costa Caribe Nicaragüense. *(reformas de la prestación de servicios)*
9. **La prestación de servicios de salud, para algunos grupos de población, es de baja efectividad y calidad técnica**. Se ha aumentado la demanda, sin expandir la oferta en recursos ni en infraestructura, lo que lleva a sobrecarga y reducción de calidad. *(reformas de la prestación de servicios y que mejoren la salud de las comunidades)*
10. **Existe fragmentación, duplicación de esfuerzos, concentración urbana de la principal oferta del sistema de salud** (tecnológica, especialidades, recursos humanos), ineficiencia e inequidad de la oferta. *(reformas de la prestación de servicios y que mejoren la salud de las comunidades)*
11. **La red hospitalaria, en general funciona con una infraestructura y equipamientos obsoletos**, lo que crea desequilibrios entre los recursos humanos y la base técnico material, que incide en la baja productividad. En el caso de los establecimientos del primer nivel de atención, en general tienen una baja capacidad resolutive en los aspectos de diagnóstico y tratamiento.

Reto 3: El de la protección financiera.

Estudios realizados recientemente en el país evidencian que ¹¹⁶31.9 por ciento de la población vive con menos de un dólar al día y 61.9 por ciento sobrevive con menos de dos dólares. La pobreza en Nicaragua, está mayoritariamente arraigada en los grupos poblacionales más vulnerables en donde ¹¹⁷57 de cada 100 niños menores de 5 años son pobres y de ellos 22 son desde ya pobres extremos; en el grupo poblacional de 60 años y más, encontramos que 41 de cada 100 personas son pobres y 12 son pobres extremos. El Estado en

¹¹⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Perfil y características de la Pobreza en Nicaragua, 2005. Pág. 8.*

¹¹⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), *Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005*

su inversión social, ha incrementado el gasto en pobreza como porcentaje del PIB de 11.3 en el año 2001 a 15.6 por ciento en el año 2007.

Según las mediciones internacionales de Pobreza, efectuada por el Banco Mundial (BM), Nicaragua es uno de los países más pobre de América Latina, con un ¹¹⁸Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita de US\$ 1,000 en el año 2006, ubicándolo entre el 20 por ciento de los países del mundo con los mayores niveles de desigualdad en la distribución de los ingresos. El ¹¹⁹PIB per cápita para el año 2007 es de 1,023.4 dólares, para una tasa de crecimiento de 6.8 y una inflación anual de 16.9 por ciento.

¹²⁰**Desempleo.** La tasa de desempleo abierto es del 4.9 por ciento en el 2006 y 62.7 por ciento de participación del empleo es en el sector informal, mientras que la ¹²¹tasa de desempleo urbano es de 6.9 por ciento.

El salario promedio nominal para el 2007 es de 4,957 córdobas, mientras que el salario mínimo para este mismo año es de 100 dólares que cubre aproximadamente el 25 por ciento de la canasta básica; la que tiene un ¹²²monto de 7,713.4 córdobas, del cual el 60.2 por ciento es por productos alimenticios. Se necesitan en promedio cuatro personas laborando en una familia para alcanzar el mínimo indispensable para sobrevivir. ¹²³A partir del año 1999 se observa un aumento en el Índice de precios al consumidor, pasando de 7.2 a 16.2 en el año 2007.

¹²⁴**Seguro Social.** Solo el 3.8 por ciento del quintil más pobre cotiza a algún sistema de pensiones, en tanto que el quintil más rico cotiza cerca del 44.2 por ciento.

¹²⁵**Tratamiento Médico.** Las personas de una familia cuyo jefe de hogar o cónyuge completó la educación primaria, tiene una probabilidad de 9 y 6 por ciento de recibir tratamiento médico cuando se enferman.

¹²⁶**Seguro de Salud.** Las personas con seguro de salud tienen un 56 por ciento más probabilidades de tener tratamiento médico cuando se enferman. ¹²⁷En Nicaragua, únicamente el 10 por ciento de la población está asegurado.

Estos tres retos tienen **un determinante común**, es por así decirlo, el reto de los retos, que es la ***inversión insuficiente*** que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en nuestro país, lo cual ha conducido una serie de rezagos crónicos.

En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.

Un reto transversal: Cambio Climático y su efecto en la salud.

¹¹⁸ Banco Mundial. Informe de Pobreza 2008. Metodología ATLAS.

¹¹⁹ Banco Central de Nicaragua. Memoria Anual 2007.

¹²⁰ Banco Central de Nicaragua. Memoria Anual 2007.

¹²¹ Comisión Económica para América Latina (CEPAL). "Panorama Social de América Latina- 2008"

¹²² Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Costo de la canasta básica, Diciembre 2007.

¹²³ Comisión Económica para América Latina (CEPAL). "Panorama Social de América Latina- 2008"

¹²⁴ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

¹²⁵ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

¹²⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta de Medición del Nivel de Vida. 2005

¹²⁷ Banco Mundial. Informe de Pobreza 2008.

Nicaragua se encuentra en la posición # 2 ¹²⁸ del Índice global de Riesgo Climático construido para el periodo 1997-2006, identificándose como uno de los dos países centroamericanos con alto riesgo climático y el tercero a nivel mundial.

Los estudios hechos en Centroamérica demuestran la sensibilidad de los sistemas productivos y la fragilidad de los recursos naturales ante variaciones en el clima actual¹²⁹.

Según estudios para la región (Jiménez y Giro, 2002; MARENA, varios años) como resultado de un incremento en la frecuencia de eventos de precipitación más intensa, se producirían los siguientes efectos inducidos:

- Un aumento en los daños causados por procesos de erosión del suelo, inundaciones, deslizamientos, deslaves y avalanchas;
- Aumento en las demandas sobre sistemas de seguros y de ayuda humanitaria post desastre tanto públicos como privados;

Como resultado del incremento en meses secos de verano y en el impacto de sequías:

- Disminución en rendimientos de cultivos, y en la calidad y cantidad de recurso hídricos;
- Aumento en el riesgo de incendios forestales;

Como resultado del incremento en picos en intensidad de vientos, en intensidad media y pico de precipitaciones de las actividades ciclónicas tropicales:

- Incremento en el riesgo de mortalidad y morbilidad humana;
- Incremento en erosión costera y daños estructurales;
- Incremento en daños a ecosistemas mitigantes en zonas costeras (como arrecifes coralinos, manglares).

¹²⁸ Informe de naciones Unidas / GermanWatch: *Global Climate Risk Index 2009*

¹²⁹ MARENA. 2000. Escenarios Climáticos y Socioeconómicos de Nicaragua para el siglo XXI. PNUD-NIC/98/G31, Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales de Nicaragua, Nicaragua.

Los impactos proyectados por sectores son los siguientes:

Fenómeno	Impactos proyectados por sectores			
	Agricultura, Bosques y Ecosistemas	Agua	Salud	Asentamientos Humanos y Sociedad
Más calor	Disminución en productividad agropecuaria Aumento de levantes de mosquitos	Derretimiento de glaciares afecta el suministro de agua	Incremento de las tasas de mortalidad por enfermedades – malaria	Aumento de uso de energía para enfriamiento Disminución de la calidad del aire
Temporadas más largas de calor Mayor frecuencia de Olas de calor	Reducción en la productividad agrícola Incremento de incendios forestales	Mayor demanda de agua Problemas en la calidad del agua	Incremento del riesgo de mortalidad por calor – niños, ancianos y poblaciones vulnerables.	Reducción de la calidad de vida de las personas sin vivienda apropiada Impactos severos en los ancianos, niños y pobres
Lluvias torrenciales más frecuentes	Daños a cultivos Erosión del suelo Inundaciones	Efectos adversos en la calidad de agua Contaminación del suministro de agua Alivio de la escasez de agua	Incremento de riesgos de muerte, daños, incremento de infecciones respiratorias y enfermedades de la piel	Alteración de las condiciones de asentamientos, comercio, transporte, Presión en infraestructuras rural y urbanas, pérdidas de propiedades
Incremento de períodos de sequía	Degradación del suelo Menor rendimiento agropecuario Incremento de riesgos de incendios	Estrés en el suministro y disponibilidad de agua	Incremento de riesgo de escasez de agua y alimentos Desnutrición Incremento de enfermedades	Escasez de agua – impactos en las sociedades, industrias generación de electricidad Aumento del potencial migratorio
Aumentos en los niveles del mar	Salinización de agua para irrigación, desembocaduras y sistemas de agua fresca	Reducción de disponibilidad de agua fresca	Incremento de riesgos de daños y muerte por inundaciones, efectos en la salud por	Costos de protección de zonas costeras vs costos de reacomodo de uso de suelo Migración

			migración	Cambios de infraestructura
--	--	--	-----------	----------------------------

Actualmente en Nicaragua, los patrones culturales de la población, el rezago histórico de financiamiento para implementar soluciones efectivas, esta haciendo que se contribuya de forma negativa al cambio climático a través de:

¹³⁰**Acceso a saneamiento sostenible.** El 53 por ciento de la población sin acceso. En Nicaragua, para el año 2003, únicamente ¹³¹29 localidades contaban con alcantarillado sanitario. El índice de aguas residuales tratadas es de un 36 por ciento, descargándose ¹³²60 millones de m³ de aguas residuales anuales sin ningún tratamiento; con alta repercusión en el ambiente por la infiltración en el manto freático y en los ecosistemas. En el área rural, el manejo de aguas residuales no es una prioridad para el Estado.

¹³³**Calidad del Agua.** En Managua, según estudios realizados por ¹³⁴JICA en los años 1993 y 2005 y los registros de monitoreo continuo realizado por ENACAL, revela que 15 pozos en la zona baja y zona alta de la capital, contienen arsénico con concentraciones iguales o mayores a 8ppm, de los cuales 4 pozos exceden los límites máximos permisibles (10 ppm, Normas CAPRE), donde se tienen que aplicar medidas lo más pronto posible. Los 4 pozos que exceden la concentración de arsénico abastecen 1,600 m³/día, representando 2.7% del volumen total del agua abastecida, mientras los otros 11 pozos suministran un total de 37,200 m³/día, representando un 9.3% del volumen total que se abastece.

En lo concerniente a la concentración de nitrato, se identifican 3 pozos en donde se ha venido incrementando hasta exceder el límite máximo permisible por los estándares de agua potable.

¹³⁵Cabe señalar que el 63 por ciento de las viviendas almacenan de manera inadecuada el agua, constituyéndose en un factor de riesgo, ya que el 90 por ciento de los criaderos del vector transmisor del dengue están dentro de las casas, parte de ellos en los recipientes de almacenamiento del agua cuyas condiciones no son las adecuadas.

¹³⁶**Contaminación Ambiental.** De cada 100 hogares, 17, eliminan la basura depositándola en predios baldíos, ríos, lagunas, calle, quebradas y arroyos. Aproximadamente el 95 por ciento de la basura dispuesta en botaderos abiertos no cumplen con las disposiciones sanitarias, y ¹³⁷60 mil toneladas anuales de basura industrial se abandona en sitios sin control ni regulación. En el año 2003, UNICEF presenta estudio en donde el 23.9 por ciento de los terrenos de las viviendas rurales se encuentran aguas estancadas.

¹³⁰ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005.

¹³¹ Organización Panamericana de la Salud, PWR Nicaragua. Análisis Sectorial Agua Potable y Saneamiento, 2004

¹³² Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

¹³³ Evaluación Ambiental Proyecto Agua Potable y Alcantarillado Sanitario en Managua PRASMA, 2008.

¹³⁴ Japan International Cooperation Agency (JICA)

¹³⁵ Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

¹³⁶ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005.

¹³⁷ Red de Agua y Saneamiento de Nicaragua – RASNIC, Saneamiento una prioridad para Nicaragua, 2007.

¹³⁸**Combustible para cocinar.** El 59.2 por ciento del 1,045,292 hogares censados en el 2005 utilizan leña como combustible para cocinar, que representa aproximadamente ¹³⁹2 millones de metros cuadrados de consumo anual de leña lo cual indudablemente produce afectaciones ambientales y en el estado de salud de las personas se incrementan las enfermedades respiratorias, alergias y peligros de accidentes por mencionar algunos ejemplos.

¹⁴⁰**Deforestación.** La pérdida de cobertura boscosa se estima en 70,000 hectáreas anuales, representando ¹⁴¹111.2 toneladas/habitante de carbono liberado producto de la deforestación, la que de haberse evitado pudo valorarse entre 31 a 280 millones de dólares anuales y teóricamente aumentar entre un 0.62 a 5.57 por ciento el ingreso per cápita. El Banco Mundial estima que la tierra que tiene un valor de 200 a 500 dólares por hectárea, en forma pastizal para el ganado podría valer entre 1,500 y 10,000 dólares si se deja el bosque intacto.

Según la Organización Mundial de la Salud, un acceso a saneamiento, disminuiría en un 32 por ciento las enfermedades diarreicas. El Banco Mundial en estudio realizado en Junio 2004, estima que el tratamiento de un episodio de diarrea representa para una familia pobre el 20 por ciento del ingreso mensual y cada atención de diarrea infantil en un centro de salud es de U\$ 12 dólares.

¹⁴²Es importante destacar que investigación publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), demostró que la presencia de diarrea entre el nacimiento y los 2 años de edad evidencian una correlación con el deterioro del desarrollo físico a la edad de 6 a 9 años, aun después de controlar el efecto del estado nutricional del niño en el momento de la observación

Sus efectos ya los estamos viviendo en Nicaragua, a través de:

¹⁴³**Prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas.** Las causas subyacentes son las que provocan una enfermedad, los factores desencadenantes son los que provocan la aparición de los síntomas o los agravamientos de éstos. En los departamentos donde se registran mayores niveles de deforestación, se presentan altas tasas de fiebres en menores de 5 años por infecciones respiratorias. Las partículas suspendidas afectan la función respiratoria, pues irritan el tracto respiratorio, estrechan las vías de ventilación, exacerbaban el asma y la bronquitis, por tanto aumentan las tasas de infecciones respiratorias entre la población.

Dengue. ¹⁴⁴En el año 1985, Nicaragua reportó su primera ¹⁴⁵epidemia de Dengue causada por los serotipos 1 y 2, lo que dejó como resultado 17,483 enfermos en el

¹³⁸ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005.

¹³⁹ Servicio Alemán de Cooperación Social – Técnica (DED).

¹⁴⁰ Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales. Sitio Web.

¹⁴¹ Banco Mundial, FAO, “La deforestación evitable”, 2007.

¹⁴² Revista Panamericana de la Salud, Marzo 2000

¹⁴³ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007.

¹⁴⁴ Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”. Relaciones genéticas del virus dengue 3 aislado en la epidemia de FHD en Nicaragua, 1994

¹⁴⁵ Según la Organización Mundial de la Salud, estima que durante las epidemias de dengue, las tasas de infección de las personas que no han estado expuestas anteriormente al virus suelen ser del 40% a 50%, pero pueden llegar al 80% a 90%.

país, para un costo económico de la enfermedad de ¹⁴⁶U\$ 2.7 millones de dólares, para un costo per cápita de 44.25 por caso.

En el período 2000-2007, se registran un promedio de 1,897 casos de dengues anuales; en el año 2007 se registran ¹⁴⁷1,406 casos confirmados como dengue clásico para una tasa de incidencia de 2.5 por 10,000 habitantes. Diversos estudios han demostrado que el dengue ocasiona grandes gastos por ausentismo laboral temporal y que afecta considerablemente al desarrollo de la economía regional y nacional.

¹⁴⁶ OPS/OMS Nicaragua. *Estimate of the costs of the epidemic of dengue in the year 1994 in Nicaragua*

¹⁴⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua – OPS/OMS Nicaragua. *Indicadores Básicos 2007*

6. Resumen de Desafíos y Oportunidades

Oportunidades

- La voluntad política del Gobierno de Nicaragua de elevar el Estado de Salud de la Población mediante el acceso a servicios sanitarios de forma gratuitos y de calidad cuyo objetivo es mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población nicaragüense.
- El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha definido como sus principales prioridades de país: Salud, Educación, Agua, Producción, Energía y Participación Ciudadana, ejes que contribuirán al Crecimiento y Desarrollo Económico y Social del País.
- La Voluntad Política del Gobierno de Nicaragua de trabajar para eliminar y / o mitigar los factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud de la población
- La inversión en el Bono Demográfico que está haciendo el Gobierno de Nicaragua dirigido fundamentalmente a la juventud y a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Programa hambre Cero).
- La estrategia del Gobierno de Nicaragua de lograr verdadera participación social y comunitaria en todos los programas sociales incluyendo salud y educación entre otros que vendrá a fortalecer la gobernabilidad democrática en el país.
- La lucha contra el analfabetismo conducida por el gobierno de Nicaragua que indudablemente tendrá repercusión en la salud de las personas ya que ampliaría la cultura en relación a los servicios de salud así como acciones de promoción y prevención de la salud.
- La visión que existe la necesidad de una responsabilidad compartida entre todas las instituciones gubernamentales, incluyendo las propias del sector salud, en relación a la búsqueda y puesta en marcha de soluciones mas efectivas para equiparar las oportunidades, para mejorar el nivel de vida entre los diversos grupos de población, especialmente las más pobres o en extrema pobreza.
- Las principales orientaciones se recogen en la Política Nacional de Salud la cual está dirigida a establecer una articulación de las distintas instituciones, organizaciones y actores que pertenecen al sector salud bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, con el fin de direccionar esfuerzos con el propósito de hacer más efectivas y eficientes las acciones de salud.
- La reorganización institucional que desde 2007 con el objetivo de contar con un Ministerio fortalecido en los aspectos organizativos y funcionales para enfrenta los retos de la salud pública en el país y por otra parte desarrollar adecuadamente las funciones de rectoría del sistema de salud, pasando funciones antes asumidas por el nivel central a los SILAIS y municipios básicamente en proveedores y gestores de servicios, de manera tal de lograr una sinergia o complemento.
- La implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) del país, uno por cada departamento, redimensionándose el rol y funcionamiento de los mismos, de cara a asegurar la aplicación del marco regulador, vigilancia en salud pública, gestión de recursos, control del aseguramiento de la atención y fomento de la participación ciudadana en salud que permitirá al país proteger los logros en salud, trabajar en la agenda inconclusa y enfrentar los nuevos desafíos de la Salud Pública.

Desafíos

- Mejorar la inversión en salud así como garantizar el financiamiento del sector de manera que de respuesta a las necesidades sentidas de la población respecto a su salud.
- Desarrollar programas de formación de recursos humanos en salud de acuerdo a las necesidades reales del país.
- Desarrollar nuevas capacidades en los RRHH en temas de gerencia e identificación de buenas prácticas y evidencias en los procesos de la praxis médica y comunitaria, así como la divulgación de las mismas.
- Implementar programas de participación de la sociedad en su conjunto para el desarrollo de acciones promoción y prevención de la salud. Diseñar una Estrategia Nacional de Promoción y educación para la salud sobre la base de los factores protectores y de riesgo para la salud de la población.
- Desarrollar acciones a nivel de país para que se eleve el nivel de escolaridad de la población hasta el 6to. Grado al menos.
- Fortalecer la capacidad rectora del MINSA en todas sus funciones.
- Desarrollar acciones dirigidas a mejorar los indicadores de salud que hoy presentan resultados negativos contemplados en el ASIS del país.

Consideraciones Finales

Es importante resaltar que los retos o desafíos identificados tienen un determinante común, es por así decirlo, el reto de los retos, que es la ***inversión insuficiente*** que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en Nicaragua, lo cual ha conducido una serie de rezagos crónicos.

Los retos expresados anteriormente se pudieran resumir en: lograr la equidad en salud, con una calidad óptima de los servicios que se prestan, y la protección financiera.

Los temas más importantes para desarrollar acciones serían: El fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el abordaje de los determinantes de salud, el aumento de la protección social y el acceso a los servicios de salud, reducir en el país las desigualdades en salud así como los riesgos y la carga de enfermedades, aprovechar la información científica y el desarrollo de la tecnología, fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de la salud como la seguridad sanitaria así como mejorar la participación de la sociedad en su conjunto en la gestión del sector salud.

II. Cooperación al desarrollo y Alianzas estratégicas, tendencias instrumentos y coordinación

El Sistema de NNUU en Nicaragua se ha incorporado a través de distintos mecanismos al proceso de desarrollo del país (UNDAF, seguimiento a Cumbres y Conferencias Internacionales, talleres de coordinación de la cooperación, desarrollo de sistemas de información, mesas de coordinación sectorial, Grupo Consultivo, seguimiento a la ERCERP y MDG, OECD, entre otros. Los informes sobre el Desarrollo Humano, son considerados por el Gobierno y otros actores y los mismos se han usado como referentes en la formulación de las estrategias macroeconómicas de desarrollo y de reducción de la pobreza.

La Cooperación Externa en el Ministerio de Salud

Primer Semestre 2009

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud, ha encaminado sus esfuerzos en obtener un alto grado de liderazgo en el sector salud, a fin de aumentar la efectividad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) y la capacidad institucional de gestionarla, con sus propios procedimientos, enmarcados en las políticas y planes nacionales. De esta forma, impulsa activamente la implementación del Enfoque Sectorial en Salud, basado en el Marco de Gasto Institucional de Mediano Plazo 2010-2012, Planificación Institucional Plurianual y de Corto Plazo Orientada a Resultados. Estos mismos Planes, a su vez, operativizan la Política de Salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Humano Nacional, PNDH.

En el presente año 2009, se continúa fortaleciendo la implementación del Enfoque Sectorial, para lo cual se cuenta con bases técnicas sólidas como son la Política de Salud, la Planificación, el cálculo y análisis del presupuesto y la Implementación del MOSAFC. Partiendo de estas herramientas, actualmente se cuenta con un Plan de Gestión Institucional, el cual refleja las prioridades del Ministerio de Salud, y en cuyo ámbito, se gestionan y se ejecutan los recursos externos y los precedentes del tesoro nacional.

A todo lo anterior añadimos que se desarrolló en el mes de Mayo la Primera Mesa Sectorial de Salud y la Reunión de FONSALUD. En ambos encuentros fueron analizados aspectos sustanciales del quehacer de salud, entre otros, Plan Institucional 2009 Orientado a Resultados; Auditoría Financiera 2008; Desembolsos de los Socios de FONSALUD, etc. Asimismo, se han realizado cuatro reuniones del Comité Técnico de la Mesa, siempre orientados al desarrollo de la gestión del Ministerio de Salud bajo los principios de coordinación y alineamiento de la cooperación internacional.

Asimismo, se desarrollan actividades de los Grupos de Trabajo de la Mesa Sectorial de Salud, abordando temas de acuerdo a Cronograma del año 2009 consensuado con los Socios para el Desarrollo, acorde a las prioridades del Ministerio de Salud. En este sentido, se han realizado cuatro Grupos Técnicos de Trabajo, lo que ha contribuido a la preparación de la Agenda de la Mesa de Coordinación de Salud.

Por otra parte, se ha formulado una Propuesta de Normativa del Manejo de la Cooperación Externa en el Ministerio de Salud, la que tiene por objeto fortalecer la administración y la gerencia de la cooperación internacional en el nivel central y en los niveles locales. Esta se encuentra en su fase de revisión preliminar .

Se ha iniciado el proceso de revisión del los Documento Memorando de Entendimiento y Código de Conducta, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de la Presidencia, en consenso de los Socios para el Desarrollo, lo que tiene por objeto fortalecer los mecanismos gerenciales, administrativos-financieros y de coordinación contemplados en ambos Documentos, obteniendo a la fecha un Documento Preliminar

En este mismo proceso, y a fin de garantizar los fondos provenientes de la cooperación internacional, específicamente los enmarcados en FONSAUD, se acordó elaborar Enmienda No. 2 al Memorando de Entendimiento para la gestión y ejecución de recursos enmarcados en el Plan de Gestión Institucional 2010.

Por otra parte, en el presente año se ha mejorado la coordinación con algunos Organismos No Gubernamentales, los que se han identificado con las Políticas de salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, lo que refleja el apoyo y la voluntad de fortalecer las alianzas con estos Organismos lo que se concretiza con la firma de Convenios de Cooperación, mediante los cuales se implementan acciones de salud en los territorios.

Actualmente están integrados entre Organismos Internacionales, Agencias de Cooperación e Instituciones 15 entidades que están incorporadas a la mesa de donantes que se pueden apreciar en la tabla adjunta así como el tema de cooperación, la ubicación geográfica y el monto aproximado de fondos. (ANEXO)

Para el año 2009 se programaron en el presupuesto del MINSAL entre donaciones y préstamos 858 290 534.95 de córdobas que representa el 17 % del total del presupuesto del MINSAL que es de 5 169 712 956.95, debemos señalar que esta cifra es la actual ya que el presupuesto general del MINSAL ha tenido reducciones de más de un 30% en el período de enero a septiembre de 2009. Debemos significar que según se ha anunciado se esperan nuevas reducciones en el resto del año que incluyen al sector salud, lo cual hace que la crisis presupuestaria en Nicaragua se agudice, a esto se le suma la posición de los donantes de “congelar” sus donaciones por razones políticas, hace prever un futuro muy negativo para el ya golpeado Sector Salud y una renovada presión, solicitando ayuda, para el SNU y para la OPS/OMS en particular.

Para el año 2010 se prevé una crisis financiera mayor ya que en la proyección del presupuesto total del MINSAL hay una diferencia con respecto al 2009 de 115 138 510.00 de córdobas menos.

En la propuesta de presupuesto del MINSAL para 2010 se han programado entre donaciones y préstamos un total de 534 510 446.61 de córdobas que representa el 11% del total del presupuesto, se debe tomar en consideración lo planteado anteriormente en relación a la posición de los donantes. El presupuesto proyectado para el año 2010 del MINSAL es de 5 054 574 446.41 córdobas.

Es importante señalar que el Sistema de Salud en Nicaragua está compuesto por el MINSAL como el principal proveedor de servicios, así como el INSS, los servicios médicos del Ministerio de Gobernación (Policía y Ejército) y el sector privado, solamente se tuvo acceso a las cifras de presupuesto del MINSAL. Desde el año 2006 no se actualizan las Cuentas nacionales del Sector Salud en Nicaragua

Mecanismos de coordinación

El Sistema de NNUU en Nicaragua ha venido desarrollando acciones que le han permitido incorporarse al proceso de desarrollo del país entre los que mencionamos el CCA/UNDAF, el seguimiento a Cumbres y Conferencias Internacionales, talleres de coordinación de la cooperación, desarrollo de sistemas de información, mesas de coordinación sectorial, Grupo Consultivo, seguimiento a los MDG, OECD, entre otros. Los informes sobre el Desarrollo Humano, son considerados por el Gobierno y otros actores como aportes y se han usado como referentes en la formulación de las estrategias macroeconómicas de desarrollo y de reducción de la pobreza.

El gobierno ha expresado su interés en que el Sistema de NNUU brinde aportes para la coordinación de la cooperación, destacando su rol en la movilización de recursos, el desarrollo del enfoque sectorial ampliado (SWAP), el desarrollo del enfoque territorial, y la promoción del fortalecimiento institucional y la armonización de normas y procedimientos.

La OPS/OMS ha participado en todos los procesos de planificación estratégica nacional como agencia del Sistema pero también contribuyendo independientemente con estudios y comentarios a los documentos borradores del Plan Nacional de Desarrollo.

Dentro de este proceso debe reconocerse promoción del Enfoque Sectorial Ampliado (SWAP) por la cooperación bilateral. Al igual que con las otras mesas sectoriales, la orientación del gobierno reconoce la promoción del enfoque SWAP como el eje que apoya la articulación toda la cooperación internacional en el corto plazo.

Recientemente, la división de Planificación del Ministerio de Salud ha iniciado un proceso de registro unificado de los aportes de las distintas fuentes de cooperación externa, con el fin de conocer con mayor detalle el origen y destino de las inversiones en salud así como poder hacer los cálculos para el presupuesto 2010.

Dentro del marco de asistencia del Sistema de NNUU para el desarrollo (CCA / UNDAF), su elaboración representó un avance en el proceso de armonización y apropiación de la cooperación internacional en Nicaragua el CCA / UNDAF tiene establecidas 5 líneas de cooperación relacionadas con los ODM que son las siguientes:

- Gobernabilidad democrática y Estado de derecho para el ejercicio de los derechos humanos.
- Disminución de las múltiples irregularidades, pobreza, hambre y desnutrición para alcanzar el Desarrollo Humano Sostenible. (ODM 1)
- Garantía de los derechos sociales para el alcance de los ODM (ODM 2,3,4 5 6)
- Protección del medio Ambiente y gestión de Riesgos para el Desarrollo Humanos Sostenible (ODM 7).
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales para el establecimiento de un sistema de información nacional que asegure el monitoreo y seguimiento de los ODM.

Dentro del marco del CCA / UNDAF la OPS/ OMS se ha vinculado a los ejes de cooperación 3,4, 5 trabajando en un total del 10 de los productos del CCA / UNDAF el monto total de fondos ejecutados a través del mismo ascienden a 1 270 615.59 USD correspondiendo el 84 % al eje 3 coordinado por OPS y que aborda los temas de salud

y educación y el 16% restante al eje 4 que aborda los temas de medioambiente. El eje 5 que aborda los temas de sistemas de información las acciones han sido de asistencia técnica.

Los ODM, se han convertido en ejes trazadores para la conducción de mecanismos de coordinación y avance en el desarrollo de los más vulnerables; el alcance de los ODM son factores que reducen la vulnerabilidad de la población así como la gestión del riesgo es un factor muy importante para que los avances alcanzados en los ODM no sufran deterioro.

La actual situación económica del país, el congelamiento de la ayuda para hacer funcionar los programas sociales y programas de desarrollo, exige mejores mecanismos de coordinación entre gobierno (teniendo como eje rector el PNDH) y donantes que mantienen la ayuda para maximizar los recursos disponibles para la ayuda humanitaria.

EL Plan Institucional a Corto Plazo 2008 Orientado a Resultados del MINSA, constituye en el referente más importante de la cooperación externa para lograr la Alineación, Armonización y Apropiación de los Socios para el Desarrollo con las políticas y programas de salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional dentro del Enfoque Sectorial en Salud consolidando el Fondo Común en Salud.

Otro mecanismo de coordinación está la Declaración de París, a la cual se realizó encuesta en 2008, buscando una –Ayuda más Eficaz para el 2010.

En Nicaragua, son muchos los donantes que participan en la preparación para desastres entre los que se destacan en el sector salud: OPS-OMS, UNICEF, OCHA, USAID, AECID, ECHO, y ONG's, que reciben fondos de su oficinas centrales o de los organismos recientemente mencionados; a nivel nacional se destacan: Acción Médica Cristiana, Agro Acción Alemana, ADRA, OXFAM.

Ayuda Humanitaria

Nicaragua en forma recurrente (año a año) se ve afectada por algún tipo de evento que debido a la depresión económica de muchos años llegan a terminar en desastre o como mínimo en una incapacidad de atender la demanda de la población (porque se utilizan los inventarios sin capacidad de reposición) lo que induce a solicitar ayuda internacional; como ejemplo entre el año 2005 – 2008 se suscitaron dos acontecimientos que obligaron al gobierno a solicitar ayuda: huracán Beta, huracán Félix (RAAN), inundaciones en la ciudad de Matagalpa y brote de leptospirosis (en la zona occidental del país), inundaciones en el Río San Juan, inundaciones en las costa del lago de Managua en la ciudad capital, se dio la necesidad de movilizar habitantes a sitios más seguros, lo que demandó recursos extraordinarios, para el presente año a pesar que el país padece sequía por los efectos del fenómeno del Niño, en la RAAN se dieron inundaciones; este mismo fenómeno ha desencadenado pérdidas de cosechas en las área más pobres en el país y con los problemas de falta de recursos externos para fortalecer los programas sociales del GRUN, se vislumbra hambruna en varios municipios del país.

La ayuda humanitaria no solamente se da en casos de desastres, sino también, en acciones de gestión del riesgo dado que esto ayuda a no profundizar la pobreza de la población para cuando se da un desastre.

Ha sido importante la asignación de fondos para el fortalecimiento del sector salud en su capacidad de gestión del riesgo, contando con el liderazgo de la UTED, OPS-OMS.

UNICEF, OCHA, USAID, AECID, ECHO, Banco Mundial, entre otros han destinados fondo para la preparación para desastres y para la respuesta.

La actual situación del recorte presupuestario de la República de Nicaragua, plantea un gran reto a la nación, donde salud tiene efectos negativos severos en la atención a la población en situación de no desastres; esto se agudiza cuando una situación de desastres se desencadena, dado que los sectores más vulnerables siempre se ven afectados por los desastres haciéndose más difícil la situación para ellos al verse restringido el derecho a la salud, un Derecho Humano.

Desafíos y Oportunidades. Cooperación al desarrollo y Alianzas estratégicas, tendencias instrumentos y coordinación.

OPORTUNIDADES	DESAFIOS
1. El reconocimiento del Gobierno de Nicaragua al Sistema de NNUU por el apoyo para incrementar los programas de Ayuda al Desarrollo.	1. Identificación real y técnicamente fundamentada de la brechas en salud que el MINSA no puede cubrir con el presupuesto programado para direccionar la cooperación internacional.
2.El fortalecimiento actual del enfoque sectorial que cuenta con bases técnicas sólidas como son la Política de salud, la planificación y presupuestación .	2. La capacidad del MINSA para fortalecer los mecanismos gerenciales administrativos- financieros y de coordinación para lograr un uso mas efectivo, eficaz y eficiente de los recursos que aporta la cooperación externa.
3.La formulación por el MINSA de una política de manejo de la cooperación externa	3. Lograr la reincorporación de donantes del sector que han cesado su cooperación con el país mediante negociación y/o triangulaciones a través del Sistema de NNUU.
4. La mejora actual de las coordinaciones entre el MINSA y ONGs que se refleja en los convenios de cooperación que se han firmado.	4. Lograr que el MINSA y el Gobierno consideren a los ODM como ejes trazadores para la conducción de mecanismos de coordinación y avance en el desarrollo de la población más desprotegida, tomando en consideración que son factores que reducen la vulnerabilidad de la población.
5. Los ajustes que se están realizando al memorándum de entendimiento y al código de conducta de la mesa sectorial cuyo valor agregado es el fortalecimiento de los mecanismos gerenciales.	
6. La articulación de las Agencias del Sistema de NNUU lo que permitirá no duplicar esfuerzos ni gastos en los procesos de cooperación.	

III. Recursos

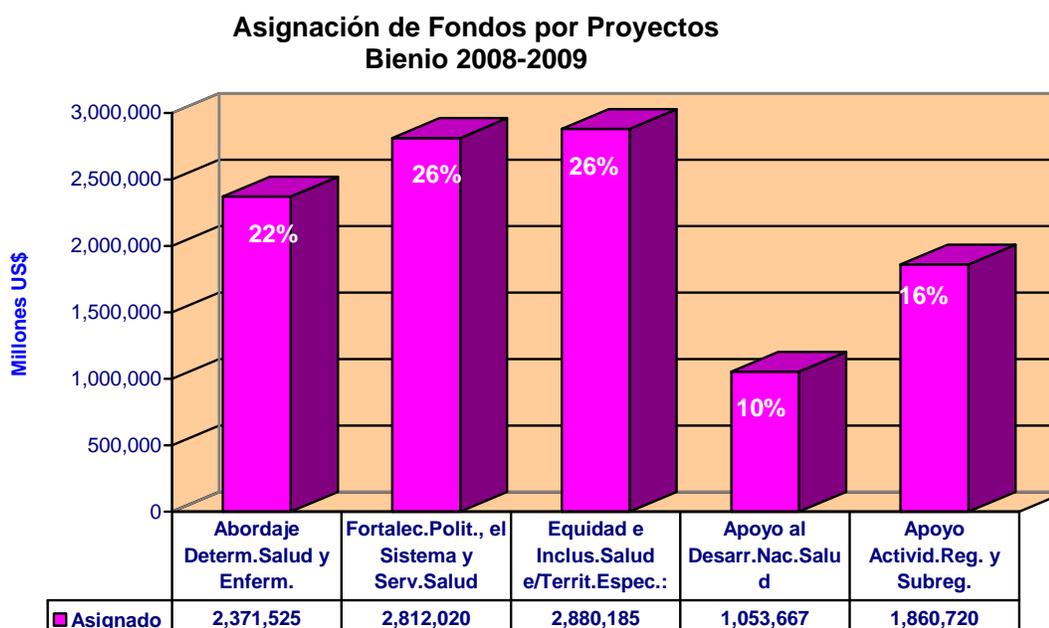
1. Recursos Financieros:

a) Presupuesto 2008-2009:

La Representación de OPS/OMS en Nicaragua cuenta con un presupuesto para el Bienio 2008-2009 de US\$10,978,118 distribuido en fondos regulares, extrapresupuestarios, regionales y subregionales, lo que representa un incremento del US\$2,103,617 en relación al bienio 2006-2007. En la siguiente tabla se muestra la distribución del presupuesto por tipo de fondo.

b) Distribución de fondos por proyectos:

La distribución porcentual de la asignación de fondos por proyectos (incluyendo fondos regionales y subregionales) para el bienio 2008-2009 se muestra en el siguiente grafico.



Fuente: Sistema AMPES/OMIS, OPS/OMS-Nicaragua

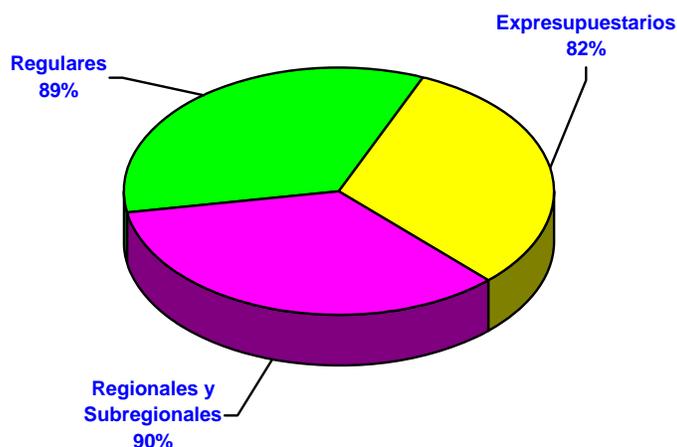
Como se aprecia en el grafico el 52% del total del presupuesto se distribuye en dos proyectos: Fortalecimiento de las Políticas, el Sistema y los Servicios de Salud (26%) y el proyecto Equidad e Inclusión en Salud en Territorios Especiales: RAAN, RAAS, RSJ (26%), el resto se distribuye en el proyecto de Abordaje de los Determinantes de la Salud y la Enfermedad (22%), y en el de Apoyo al Desarrollo Nacional de la Salud (10%). El 16% restante se corresponde con el Apoyo a las Actividades Regionales y Subregionales.

c) Ejecución Presupuestaria 2008-2009:

La ejecución del presupuesto programado al corte del 17 de septiembre/2009 es de US\$9,053,876 dólares, correspondiendo el 89% a fondos regulares asignados a la

Representación, 82% fondos extrapresupuestarios y 100% a fondos provenientes de proyectos regionales y subregionales.

Ejecución por Tipo de Fondos Bienio 2008-2009



Tipo de Fondo	Programado	Ejecutado	% Ejecutado/Programado
Regulares	2,685,930	2,403,565	89
Expresupuestarios	6,074,387	4,984,136	82
Regionales y Subregionales	1,860,720	1,666,175	90
TOTAL GENERAL	10,621,036	9,053,876	85

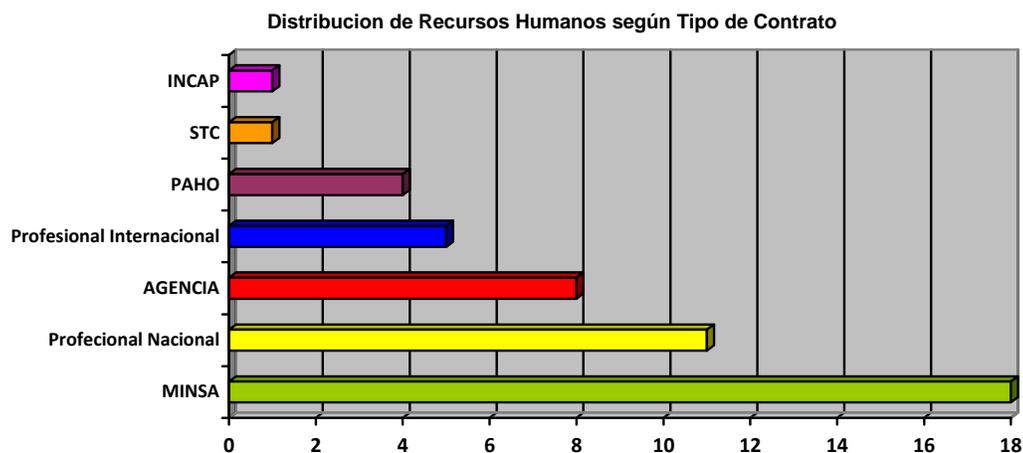
Fuente: Sistema AMPES/OMIS, OPS/OMS-Nicaragua

2. Recursos Humanos:

La Representación cuenta con un total de 48 trabajadores, de los cuales el 40% es personal técnico y el 60% es personal administrativo, secretarial y personal de apoyo. Del personal técnico: 11 tienen contratos nacionales y 1 contrato nacional de PAHO, 5 internacionales, 1 STC y 1 de INCAP. Del personal administrativo: 3 son personal regular de PAHO, 18 son personal asignado por el Ministerio de Salud y 8 están contratados a través de agencia. Del total de trabajadores el 62% son mujeres y el 38% hombres.

De acuerdo al organigrama, cada una de las áreas técnicas tiene un coordinador, de los cuales tres son profesionales internacionales y cuatro nacionales. En el área administrativa se cuenta solamente con tres puestos regulares de PAHO en la

categoría de Servicios Generales para el área de presupuesto/finanzas, área de recursos humanos y la secretaria del PWR.



En la siguiente tabla se detalla la distribución del personal por proyectos y categoría:

Distribución de Recursos Humanos de la Representación

Programa	Profesional		STC	Servicios Generales y Personal de Apoyo		Temporal
	Regular PAHO	Nacional (NAPs)		Regular Paho	Nacional (Agencia/Minsa)	
	Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades	2	3			1
Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental	1	1			1	
Salud Familiar y Comunitaria		4	1		2	
Sistemas y Servicios de Salud y Tecnología, Atención de la Salud e investigación	1	1				
Desarrollo de la inteligencia Sanitaria		1			2	
Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres		1			1	
Administración	1			2	18	
Desarrollo y Gerencia de la Cooperación Técnica	1	2		1		
TOTAL	6	13	1	3	25	48

3. Infraestructura y Equipo en las Oficinas:

a) Ubicación de las Oficinas y Remodelaciones:

La Representación de OPS/OMS en Nicaragua esta ubicada dentro de las instalaciones del Complejo Nacional de Salud (Ministerio de Salud de Nicaragua) y cuenta con un área de 790 metros cuadrados.

Desde Octubre del año 2008 y con financiamiento de nuestra sede, la Representación esta siendo remodelada y se esta interviniendo en:

1. Obras civiles.
2. Sistema eléctrico.
3. Sistema de voz y dato.
4. Sustitución de aires acondicionados de ventana por unidades de paquete.

Los trabajos de remodelación mejorarán las condiciones de trabajo de todo el personal en cuanto a ambiente físico, comunicación, sistema eléctrico y climatización, alcanzando las siguientes mejoras:

- Los ambientes de trabajo cumplen con el espacio mínimo establecido para el personal de Naciones Unidas.
- El nuevo sistema eléctrico cumple con las normas vigentes para oficinas y pequeñas empresas.
- El nuevo sistema de climatización central permite un uso racional del espacio, disminuir costos de operación.
- El cableado del nuevo sistema de datos y voz cumple con la nueva categoría (6A) preparando la infraestructura para la red gigabyte.
- La nueva sala de cómputos cumple con las condiciones técnicas mínimas necesarias para el funcionamiento adecuado de los equipos de la sala.

Debido a la complejidad de la obra, la misma se ha desarrollado en 4 fases distintas para no afectar el funcionamiento del trabajo diario, a continuación se explica los alcances por fases.

Fase No. 1:

Se concluyeron las obras civiles, eléctricas, climatización, voz y datos.

En esta fase, como se podrá apreciar en el plano que hemos preparado para ejemplificar el alcance real de las obras realizadas, las oficinas que se construyeron con sus particiones internas fueron las siguientes:

1. Área de fotocopias e impresión
2. 4 oficinas del área de finanzas
3. Oficina de apoyo a programas
4. Área del pool de secretarias
5. Oficina de la Administradora
6. Centro de Inteligencia Sanitaria/Biblioteca
7. Oficina de Secretaria de la Administradora
8. Construcción de una nueva sala de reuniones

Fase No. 2:

En esta fase se han construido/remodelado las siguientes oficinas:

1. Oficina del programa PALTEX
2. Oficina de cursos y seminarios
3. Oficina de compras
4. Oficina de servicios generales
5. Oficina de RRHH
6. Sala de reuniones del PWR
7. Oficina del PWR
8. Oficina de Asistente del PWR
9. Oficina de la consultora de comunicaciones
10. Oficina del consultor de AIEPI y asesor temporal
11. 2 bodegas para servicios generales y finanzas.

Fase No. 3:

En esta fase se construyeron las oficinas siguientes:

1. Área de oficinas para tres asesores temporales
2. Oficina del consultor de seguridad y desastres
3. Oficina del consultor nacional del programa de Agua
4. Oficina del consultor Internacional de enfermedades transmisibles
5. Oficina de la consultora nacional de enfermedades no transmisibles
6. Oficina de la consultora nacional del proyecto de enfermedades transmisibles
7. Oficina de la consultora internacional del PAI
8. Oficina del consultor internacional del programa de desarrollo sostenible
9. Oficina de ITS
10. Oficina del cuarto de cómputos

Fase No. 4:

Esta fase se encuentra pendiente de realizar, la misma será iniciada cuando tengamos respuesta a nuestra solicitud de fondos adicionales para concluir en su totalidad la remodelación de la Representación, todavía están pendientes de construir las oficinas de las siguientes unidades técnicas:

1. Unidad técnica de Sistema y Servicios de Salud
2. Unidad técnica de Tecnología y Medicamentos
3. Unidad técnica HIV/SIDA, AIPI de Salud Familiar Comunitaria (FCH)
4. Unidad técnica de Adolescencia y Salud Materna
5. Unidad de Nutricional
6. Ambiente del área de Recepción y Planta telefónica
7. Unidad administrativo del área de comunicaciones y correspondencia
8. Pasillo principal de la oficina

Se adjuntan planos arquitectónicos con las diferentes fases.

b) Minimum Operating Security Standards (MOOS):

En relación al Minimum Operating Security Standards (MOSS) estaremos iniciando posiblemente la semana entrante a la instalación del sistema contra incendio que estará disponible únicamente para las áreas donde se encuentran la mayor cantidad de papeles archivados del área de finanzas. Ya tenemos instalado el sistema de control y acceso a las oficinas mediante huellas digitales y tarjetas electrónicas. Se anexa la última evaluación (Abril 2009) de la MOSS que la Oficina de Seguridad del Sistema de Naciones Unidas en Nicaragua hiciera en nuestra Representación.

c) Inventario Físico Anual:

Esta Representación cuenta un inventario físico anual actualizado al 20 de septiembre 2009 de los artículos con valor de más de US\$ 500 Dólares y su valor final es de US\$518,910.80 dólares (se anexa reporte).

IV. Agenda Estratégica para la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Nicaragua durante el Período 2010-2014

Prioridades de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el País

1. Implementación de todos los componentes del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (provisión, gestión y financiamiento), con enfoque de determinantes y multiculturalidad, basado en la estrategia de APS; como elemento central de la transformación del sistema de salud. Son objetivos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario¹⁴⁸
 - 1) Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
 - 2) Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
 - 3) Proteger de epidemias a la población.
 - 4) Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad, con calidez humana.
 - 5) Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

El Modelo tiene los siguientes componentes:

- a) Componente de atención familiar y comunitaria e intercultural.
 - i) Organización de la oferta según ciclo de vida;
 - ii) Énfasis en salud del niño y de la madre, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, sangre segura, salud de la adolescencia, violencia;
 - iii) Salud ambiental y desarrollo sostenible.
 - b) Desarrollo de redes integradas de Servicios de Salud en el marco de la equidad.

Las redes se organizarán a través de un sistema de referencias y contrarreferencias que garantice el acceso con calidad y calidez y la continuidad de la atención, de acuerdo a las necesidades de la población, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud.
 - c) Componente de gestión
 - i) De recursos financieros;
 - ii) De medicamentos, suministros y tecnologías sanitarias;
 - iii) De Recursos Humanos en salud;
 - iv) Del riesgo sanitario.
2. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud para el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.
 - a) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud;
 - b) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud

¹⁴⁸ Nicaragua, Reglamento, Ley General de Salud. Op. Cit. Arto. 39, Año 2002.

- c) Promoción de salud;
 - d) Participación de los ciudadanos en salud;
 - e) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;
 - f) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública;
 - g) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
 - h) Desarrollo de recursos humanos, capacitación en salud pública e investigación en salud;
 - i) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos;
 - j) Investigación en salud pública;
 - k) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud; control, gestión de riesgos y comunicación de riesgo;
 - l) Control de riesgos ambientales y desarrollo de espacios saludables.
3. Fortalecimiento de redes de servicios y la gestión hospitalaria, con los objetivos de:
 - a) Alcanzar la satisfacción de los usuarios, mejorar la calidad de los servicios y promover el escrutinio público y la transparencia;
 - b) Incorporar técnicas de gestión más avanzadas para dar más eficacia y eficiencia al funcionamiento de las instituciones públicas.
 4. Desarrollo de la participación ciudadana en salud y el control social.
 5. Implementación de un Programa o Estrategia Nacional de Promoción y Educación para la Salud sobre la plataforma de la identificación de los factores de riesgos y factores protectores de la salud.
 6. Fortalecer la capacidad institucional para la **prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles**, a través del desarrollo de programas integrados en el Modelo de Atención, la acción intersectorial, el ordenamiento ambiental, la educación para la salud, la participación social y, el desarrollo y la aplicación del **Reglamento Sanitario Internacional**.
 7. Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud para incrementar las capacidades de generar y difundir información oportuna, homogénea, y confiable acerca de la cobertura de atención, los daños a la salud, los recursos humanos, físicos y financieros disponibles para la toma de decisión oportuna.
 8. Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos de formación RRHH en pregrado y posgrado, con las necesidades de la transformación del Sector Salud y el desarrollo del Modelo de Atención Familiar y Comunitario. El desarrollo de la investigación en salud.
 9. Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública en todos sus niveles, desarrollando un modelo de organización y gestión descentralizado, eficiente y eficaz que contribuya al logro de los objetivos de la "Transformación o Redimensionamiento Sectorial en Salud".

10. Desarrollo del Plan Estratégico de Salud de Centroamérica y República Dominicana en Nicaragua, en sus componentes de: Salud y sus determinantes, Recursos Humanos, Sistemas de Información, Investigación y Tecnologías; Rectoría Regional.

Enfoque Estratégico de la Cooperación Técnica

1. Propiciar y apoyar aquellas acciones que fortalezcan la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, mediante la cooperación técnica entre países (CTP) en las instancias de integración centroamericana: COMISCA, RESSCAD, CISSCAD, FOCARD-APS, ICPA (Iniciativa de los Países de Centroamérica para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas), así como también el cumplimiento de los tratados y metas en salud de carácter mundial y regional y las resoluciones de los Consejos Directivos de OPS y de la Asamblea Mundial de la Salud.
2. Promover la intersectorialidad a través de la conformación y fortalecimiento de redes de organizaciones e instituciones nacionales e internacionales, como el medio para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud hacia la equidad en salud para la formulación de una respuesta social organizada, con la participación de sectores estratégicos como el educativo, ambiental, agrícola, gobiernos locales, Regiones Autónomas, movimientos religiosos y Organizaciones no Gubernamentales, propiciando el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.
3. Favorecer la integración interprogramática alrededor de las prioridades nacionales de cooperación técnica en salud para evitar la fragmentación y el verticalismo, manteniendo la integralidad complementaria de los diferentes proyectos para la obtención de productos concretos y sostenibles para obtener mayor impacto.
4. Fortalecer la descentralización de la cooperación técnica de acuerdo a los mandatos constitucionales y las políticas nacionales de favorecer la descentralización del estado a fin de propiciar el desarrollo sustentable en forma democrática y participativa e incentivando nuevas formas o modelos para la ejecución de actividades y recursos, entre ellas, las Cartas Acuerdos.
5. Concertación interagencial en el marco del MANUD y de los Objetivos y Metas del Milenio para la complementación de esfuerzos, movilización y potencialización de los recursos de cooperación.
6. Movilización de recursos internacionales y nacionales en el contexto de las políticas nacionales de salud para la Agenda Inconclusa en Salud, la protección de logros y hacer frente a los nuevos retos y desafíos.
7. Promover espacios de debate con las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos, la Sociedad Científica y otros actores nacionales, sobre aspectos relevantes de salud pública, con el objetivo de contribuir a la construcción de un pensamiento y compromiso con el desarrollo sanitario del país y en apoyo a la gestión del Sistema Nacional de Salud.
8. Fortalecer la Comunicación Social y la diseminación de los procesos y avances del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta los enfoques estratégicos establecidos. Esto incluye la cooperación en la planificación de estrategias de

comunicación que permitan contribuir a un cambio social, a la promoción de la salud y la incorporación de hábitos saludables.

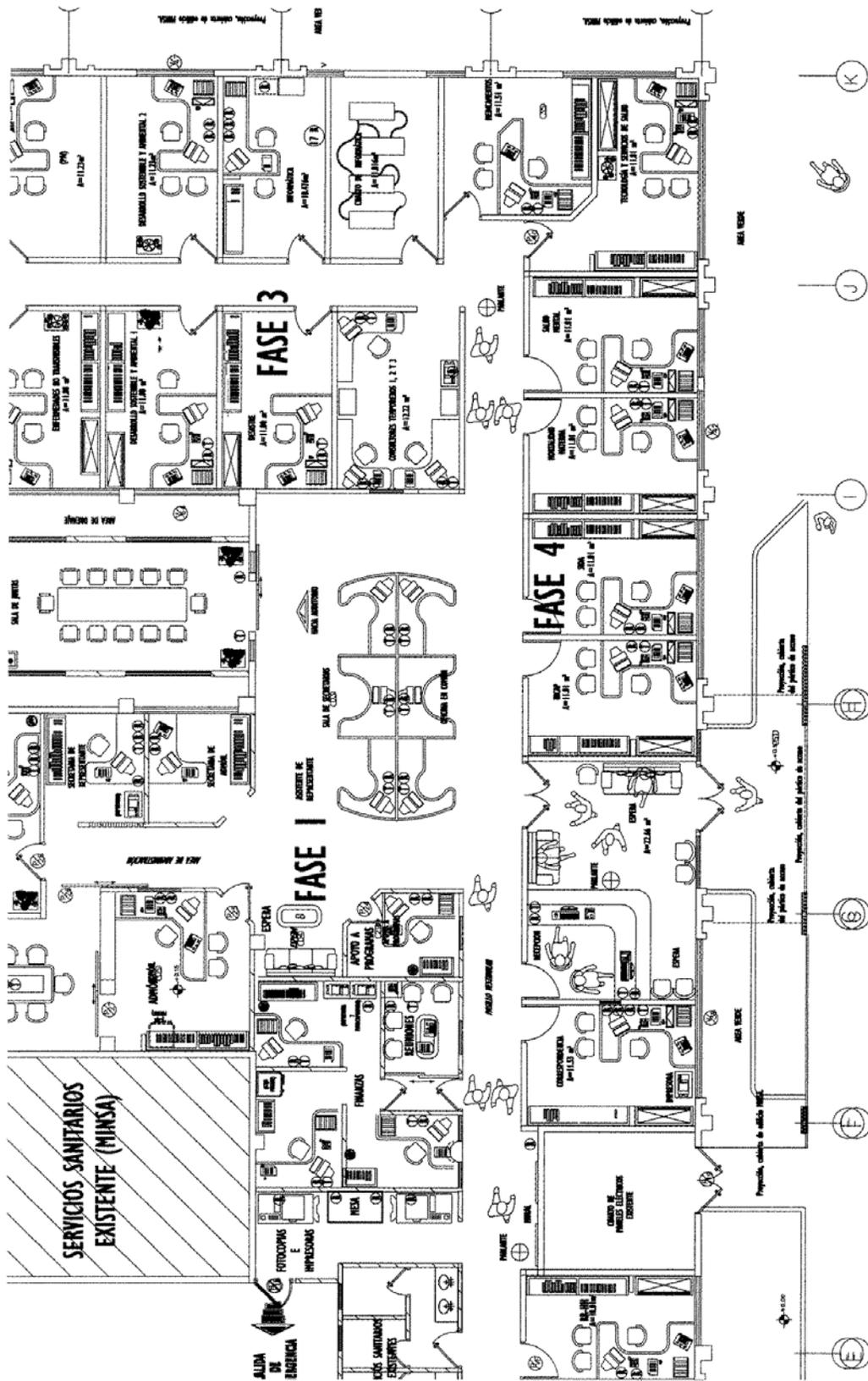
Conclusiones para la implementación de la Agenda Estratégica

La Representación de la OPS/OMS posee los recursos humanos necesarios y suficientes (personal de larga y corta permanencia), así como la estructura de programas y proyectos, el apoyo administrativo, los recursos financieros con cargo a los presupuestos de país y la disponibilidad de información y conocimientos técnicos pertinentes.

La presente Nota Estratégica ha sido analizada entre los equipos de trabajo y coordinación de la OPS/OMS y las autoridades del Ministerio de Salud y se ha llegado a un consenso valorativo sobre la misma que nos permite suscribirla como elemento sustantivo de orientación para el Programa de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el país para el período 2010-2014.

El presente documento se firma en la ciudad de Washington, DC, EUA, a los treinta días del mes de septiembre del año 2009, en dos ejemplares originales, de un mismo tenor, siendo ambos igualmente auténticos.

ANEXOS



los telefónicos y de red

ESCALA: 1

75

3. Evaluación de los Minimum Operating Security Standards (MOSS)



**Minimum Operating Security Standards
MOSS**

Evaluación de Cumplimiento 2008/2009

Organization:	OPS
Country:	Nicaragua
Location:	Managua
Date:	Abril 06, 2009

INSTRUCTIONS:

This checklist has been designed in a simple manner and it is estimated that the staff responsible to fill in the form will need, at most, one (1) hour to fill it, having the necessary information.

1. Firstly, identify the Phase under which you are operating.
2. Secondly, confront the mandatory requirements (column 'R') for the phase, with the available resources.
3. Write down an 'X' under 'Y' if available, or under 'N' if not.
4. If any of the demanded requirements in the Column 'R' is not applicable, it will be taken as 'N/A'.

Remarks:

R= Required
Y= Available
N= Not Available
N/A= Not Applicable

I. SECURITY PLAN AND PROCEDURES

Organization:
 Country:
 Location:
 Date:

MOSS Baseline Requirements	Security Phases															4	5		
	Non Phase				1			2			3								
	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N			N/A	
1 Country Security Plan	X				X	X			X				X						
2 SMT's Meetings (No Phase: Quarterly; Phase 1-2: Monthly; Phase 3-4: Weekly; Phase 5: as required)	X				X		X		X				X						
3 Area Security Coordinator (ASC) appointed	X				X			X	X				X						
4 Warden Systems Established and Operational (International Staff)	X				X		X		X				X						
5 Warden Systems Established and Operational (National Staff)	X				X		X		X				X						
6 Building Emergency / Evacuation Plan	X				X	X			X				X						
7 Security Clearance Procedures					X	X			X				X						
8 Vehicle "Movement Control" Procedures Implemented					X	X			X				X						
Documentation Package with RR & SFP																			
9 Security Risk Assessment (Updated in may 2007)	X				X		X		X				X						
10 UN Field Security Handbook (2006 FSH)	X				X	X			X				X						
11 Security Operations Manual	X				X	X			X				X						
12 Country-specific Security Plan	X				X	X			X				X						
13 Country-specific MOSS	X				X	X			X				X						
14 Security Standard Operating Procedures	X				X	X			X				X						
15 Medical Evacuation Procedures	X				X	X			X				X						
16 Relevant Country Maps	X				X	X			X				X						
Documentation Package with ASC																			
17 UN Field Security Handbook (FSH 2006)	X				X		X	X					X						
18 Security Operations Manual	X				X		X	X					X						
19 Security Standard Operating Procedures	X				X		X	X					X						
20 Medical Evacuation Procedures	X				X		X	X					X						
21 Relevant Country Maps	X				X		X	X					X						
22 Area-specific Security Plan	X				X		X	X					X						
23 Area-specific MOSS	X				X		X	X					X						

No changes from Phase 3
Special Security Clearance Procedures & Resource Requirements as Directed by UNDIS INY

II. TRAINING

Organization:
 Country:
 Location:
 Date:

MOSS Baseline Requirements		Security Phases															4	5			
		Non Phase				1			2			3									
		R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N			N/A		
1	Basic Security in the Field CD-ROM					X	X														
2	Advanced Security in the Field (Learning Mgmt. System)	X				X	X			X								X			
	Indicate total number of International Staff						8														
	Indicate total number of National Staff						44														
	Indicate total number of International Staff that completed the training	X				X	8			X								X			
	Indicate total number of National Staff that completed the training	X				X	40			X								X			
2	Country-specific Security Orientation Briefing	X				X	X			X								X			
3	Training and Briefing for Staff International	X				X	X			X								X			
4	Training and Briefing for Staff with Security Responsibilities	X				X	X			X								X			
Specialised Training																	No changes from Phase 3	Special Security Clearance Procedures & Resources Requirements as Directed by UNDSS NY			
5	Emergency Communication System (ECS)	X				X	Y			X										X	
6	Mine Awareness									X										X	
7	Body Armour									X										X	
8	Shatter Resistant Film									P										X	
9	Ballistic Blankets									X										X	
10	Bunkers and Reinforced Film									X										X	
11	Trauma Kit									X										X	
12	Global Positioning System (GPS)									X										X	
Security Drills																					
13	Warden Systems (<i>exercised regularly</i>)	X				X	X			X										X	
14	Building Emergency / Evacuation Plan (<i>exercised every 6 months</i>)	X				X	X			X										X	

III. VEHICLES

Organization:

Country:

Location:

Date:

MOSS Baseline Requirements	Security Phases															4	5					
	Non Phase				1			2			3											
	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N			N/A				
1 Movement Control Tracking System Implemented					X	X			X								X					
2 Missions to Report Position Hourly									X								X					
3 Field Vehicles* to be Utilized for all Missions									X								X					
Official Vehicle (1 Land Cruiser Toyota - RR)																						
4 UN Drivers have appropriate and valid driving documentation	X				X	X			X								X					
5 Government / UN Registration	X				X	X			X								X					
6 Insurance	X				X	X			X								X					
7 First Aid Kit	X				X	X			X								X					
8 Fire Extinguisher	X				X	X			X								X					
9 Spare Wheel, Jack and Appropriate tools	X				X	Y			X								X					
Field Vehicle (3 Toyota Land Cruiser and 1 Microbus)																						
10 UN Drivers have appropriate and valid driving documentation	X				X	X			X								X					
11 Government / UN Registration	X				X	X			X								X					
12 Insurance	X				X	X			X								X					
13 Appropriately Marked (UN Logo / Flag / Decals)	X				X	X			X								X					
14 First Aid Kit	X				X	X			X								X					
15 Fire Extinguisher	X				X	X			X								X					
16 Spare Wheel, Jack and Appropriate tools	X				X	X			X								X					
17 All Vehicles with Reliable Means of Communication					X	X			X								X					
18 All Vehicles with UHF and/or HF Radios						X			X								X					
19 Equipped with Mobile Satellite Phone as Appropriate																	X					
20 Drivers Provided with UHF Handheld Radios																	X					
21 Extra Spare Tyres																	X					
22 Extra Spare Fuel																	X					
23 Emergency Lights																	X					
24 Ballistic Blankets																	X					

No changes from Phase 3
Special Security Clearance Procedures & Resource Requirements as Directed by UNDSS IV

IV. STAFF AND OFFICE EQUIPMENT

Organization:
 Country:
 Location:
 Date:

MOSS Baseline Requirements		Security Phases															4	5		
		Non Phase				1			2			3								
		R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N			N/A	
Staff Equipment and Requirements																				
1	All Staff provided with "UN Security in the Field" booklet	x				x	x				x									
2	All Staff is aware of relevant Country specific Security Plan	x				x	x				x									
3	All staff is aware of relevant SOP's and Policies	x				x	x				x									
4	All staff is provided with briefing on UN Security Arrangements					x	x				x									
5	All International Staff to prepare "Individual Emergency Bags"										x									
6	Essential Staff Identified (ID)										x									
Office Equipment																				
7	Emergency Power Supply Available	x				x	x				x									
8	Fuel for Emergency power supply obtained										x									
9	Spare parts for emergency power supply obtained																			
10	PEP Kits	x				x	x				x									
11	Global Positioning System																			
12	Medical Trauma kits																			
13	Emergency Food Stocks for Concentration points																			
RR & SFP																				
14	Laptop Computer and accessories	x				x	x				x									
15	Digital Camera	x				x	x				x									
16	Global Positioning System	x				x	x				x									
17	First Aid Kit	x				x	x				x									
Protective Facilities and Equipment																				
18	Body Armour																			
19	Body Armour SOP/Management Plan																			
20	Shatter Resistant Film (SRF) SL-20 to SL-9																			
21	SRF SOP/Management Plan																			
22	Bunkers and Reinforced Rooms (BRR)																			
23	BRR SOP/Management Plan																			
Procurement Contingency Planning																				
24	Phase 1	x																		
25	Phase 2										x	x								
26	Phase 3																			

No changes from Phase 3

Special Security Clearance Procedures & Resource Requirements as Directed by UNDSSE NY

MOSS Baseline Requirements		Non Phase															
		1				2				3							
		R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A	R	Y	N	N/A
Crisis Coordination Center																	
22	Equipped and Established ready for 24/7 operations				X			X	X						X		
23	24/7 Operations							X							X		
Communications Center																	
24	Equipped and Established ready for 24/7 operations				X			X	X						X		
25	24/7 operations							X	X						X		
26	A common-system Radio Technician employed							X	X						X		
27	Scheduled Radio checks (minimum monthly)				X	X		X							X		
28	Regular vehicle tracking				X	X		X							X		
29	Monthly Radio Checks				X	X		X							X		
30	Weekly Radio Checks for All Staff are recommended							X	X						X		
31	Daily Radio Checks with all staff							X							X		
32	Daily Radio Checks with all vehicles and offices							X							X		
33	Daily Radio Checks with all offices							X							X		
34	Implementation of UHF Call signs				X	X		X							X		

Special Security C

PROGRAM OF IMPLEMENTATION MOSS IN OPS-OMS NICARAGUA						
Cost for OPS Country Office (2008/2009)						
Description of Equipment	Q'ty	Unit cost	Total USD	MOSS fund	PWR local budget	
					PWR	Master Capital Investment Fund
1. Telecommunications						
A	UHF Portable radios portables (Motorola 16 channels)	26	600	15,600	\$15,600	
B	Procurement of UHF radio repeaters – Annual Cost Shared (just one time)	1	9,750	9,750	\$9,750	
C	Maintenance of UHF radio repeaters and frequencies – Monthly Cost Shared	12	225	2,700		\$2,700
D	Satellite telephone	1	2,950	2,950	\$2,950	
E	Airtime Sat phone card	3	850	2,550		\$2,550
F	External antenna for satellite telephone	3	756	2,268	\$2,268	
G	HF Radio (CODAN)	1	4,700	4,700	\$4,700	
	Subtotal			40,518		
2. Premises & Access Control						
H	Fire Alarm Terminal Cabinet	2	180	360		\$360
I	Smoke detectors system	6	620	3,720		\$3,720
J	Access control system (panel control, software, etc.)	1	5,500	5,500		\$5,500
K	CCTV	1	10,650	10,650		\$10,650
L	IDs issuance	56	2	112		\$112
M	First aid kits for Country Office and 3 field vehicles	5	120	600		\$600
N	Maintenance of Emergency Power Generator	4	472	1,888		\$1,888
	Subtotal			22,830		
3. Security Training						
O	Evacuation and Fire Fighting Brigade	1	250	250		\$250
P	First Aid Course	1	250	250		\$250
Q	Emergency radio communications procedures	1	150	150		\$150
R	Avian Flu Preparedness	1	200	200		\$200
S	Defensive Driving Course	1	250	250		\$250
T	Basic Automotive Mechanics Course	1	250	250		\$250
U	Stress Management	1	300	300		\$300
	Subtotal			1,650		\$1,650
Total US\$				64,998	\$35,268	\$11,150
						\$20,230

ESTIMATED COSTS TO IMPLEMENT MOSS COMPLIANCE IN OPS-OMS NICARAGUA
Cost for OPS Country Office (2007/2008)

Description of Equipment		Qty	Unit cost	Total USD
1. Telecommunications				
A	UHF Portable radios portables (Motorola 16 channels)	26	600	15,600
B	Procurement of UHF radio repeaters – Annual Cost Shared (just one time)	1	9,750	9,750
C	Maintenance of UHF radio repeaters and frequencies – Monthly Cost Shared	12	225	2,700
D	Satellite telephone	1	2,950	2,950
E	Airtime Sat phone card	3	850	2,550
F	External antenna for satellite telephone	3	756	2,268
G	HF Radio (CODAN)	1	4,700	4,700
	Subtotal			40,518
2. Premises & Access Control				
H	Fire Alarm Terminal Cabinet	2	180	360
I	Smoke detectors system	6	620	3,720
J	Access control system (panel control, software, etc.)	1	5,500	5,500
K	CCTV	1	10,650	10,650
L	IDs issuance	56	2	112
M	First aid kits for Country Office and 3 field vehicles	5	120	600
N	Maintenance of Emergency Power Generator	4	472	1,888
	Subtotal			22,830
3. Security Training				
O	Evacuation and Fire Fighting Brigade	1	250	250
P	First Aid Course	1	250	250
Q	Emergency radio communications procedures	1	150	150
R	Avian Flu Preparedness	1	200	200
S	Defensive Driving Course	1	250	250
T	Basic Automotive Mechanics Course	1	250	250
U	Stress Management	1	300	300
	Subtotal			1,650
Total US\$				64,998

4. Reporte del Inventario Físico Anual

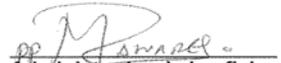
REPORTE DE INVENTARIO FÍSICO ANUAL

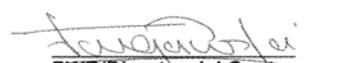
Al 20 de septiembre de 2009
(en dólares de Estados Unidos)
(Artículos con un valor de U\$ 500 o más)

Oficina/Centro : REPRESENTACION DE OPS NICARAGUA

Por el presente se certifica que recientemente se realizó un inventario físico de la Organización. A la fecha, todos los artículos que figuran en el módulo de inventarios de OMIS forman parte del inventario activo de esta oficina. El valor de este inventario es el siguiente:

1.- Equipo de Informática	: U\$ 232,787.84
2.- Equipo audiovisual	: U\$ 40,424.22
3.- Vehículos	: U\$ 141,964.82
4.- Mejoras a inmuebles rentados	: U\$ _____
5.- Equipos varios (Otros muebles y equipos)	: U\$ 103,733.92
Valor total del inventario	: U\$ 518,910.80
Valor inicial del inventario	: U\$ 472,256.89
Reajuste del valor de artículos inventariados	: U\$ _____
Valor de artículos adquiridos durante el año	: U\$ 98,750.51
Valor de artículos faltantes durante el año (Descartados)	: (U\$ 590.00)
Valor de los artículos enajenados durante el año (Donados)	: (U\$ 23,227.60)
Valor de los artículos vendidos durante el año	: (U\$ 28,279.00)
Valor final del inventario	: U\$ 518,910.80


Administrador de la oficina
20 de Septiembre de 2009


PWR/Director del Centro
20 de septiembre de 2009

Principales organismos externos que financian o trabajan en el sector salud, incluidas ONGs, organizaciones religiosas.

ACCIONES DE COOPERACIÓN DE AGENCIAS E INSTITUCIONES INTERNACIONALES INTEGRADAS EN LA MESA DE DONANTES DEL SECTOR SALUD

AGENCIA / INSTITUCIÓN	PROGRAMA	PERIODO	TIPO AYUDA	COBERTURA GEOGRÁFICA	MONTO APROX
COOPERACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS					
Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)					
Cooperación de Luxemburgo	NIC/016 Transfusión sanguínea	Agosto 2005 - Julio 2009	Donación Proyecto ejecutado con la Cruz Roja Nicaragüense	Managua, Estela, León, Matagalpa, Juigalpa	€ 5,900,000
	NIC/020 Apoyo a los SILAIS de Masaya, Carazo y Rivas, fase II	Marzo 2007 – Febrero 2011	Donación	Masaya, Carazo, Rivas	€ 7,950,000
Dinamarca					
Suecia	FONSALUD Formación de Enfermeras Obstetras	2005-2009 2004-2010	Apoyo sectorial (libre disponibilidad) proyecto hasta 2007, a p del 2008 apoyo sectorial (a través FONSALUD)	Plan Quinquenal Plan quinquenal	200.000.000 SEK aprox 30 mUSD

	Fondos a través de programa de UNICEF y OPS (que sea incluido en la información por parte de ellos)				27 000 000 SEK (4mUSD)
Finlandia	Fonsalud Sared Fondo FED (sociedad civil)	2005-2009 2003-2008 2005- 2009	apoyo sectorial proyecto institucionalizado fondo multidonante para SC	nacional SILAIS Carazo, Chontales nacional	9,1 m € 4,1 m € 1,1 m €
Países Bajos	FONSALUD (MINSA)	2005 - 2009	Fondo común	nacional	€ 13,750,000
	Salud y Ambiente Saludable (UNICEF)	2002 - 2007	Co-financiamiento con Suecia	nacional	€4,000,000
	Insumos para la salud sexual y reproductiva (UNFPA)	2006 - 2010	contribución	RAAN, RAAS y Río San Juan	USD 5,000,000
	Mercadeo Social Condonos y Anticonceptivos hormonales (PSI / PASMO)	2005 - 2009	Co-financiamiento paralelo	nacional	€ 1,800,000
	Apoyo a la Alianza contra el Cáncer Cérvico Uterino (Ixchén)	2005 - 2008	Co-financiamiento	Nacional (limitado a ciertos SILAIS en espera de otros donantes)	€ 1,900,000
	Atención Integral a Niños y Adolescentes en situación de Abuso y Explotación Sexual Comercial (Asociación Quincho Barrilete)	2005 - 2008	contribución	Managua	€ 480,000

	Atención Integral para VIH (Fundación Xochiquetzal)	2005 - 2008	contribución	Managua, León, Chinandega, Masaya, Carazo, Rivas	€ 400,000
Austria	FONSALUD (MINSAL)	2005-2009	Donación para Fondo Común	Nacional	€ 3,500,000
	Programa de Salud RAAN (Horizont3000 con MINSAL, Gob.RAAN, SILAIS, CORESIDA, CORLUSIDA, AMC y otras orgs. de soc.civ.)	2006-2008	Donación	RAAN y parte RAAS (en prevención del VIH/SIDA)	€ 2,000,000
	Fortalecimiento de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA (UNDP)	2007-2010	Donación a TTF de las Naciones Unidas	Nacional	€ 1,000,000
	Contribución al Fondo para la Equidad y los Derechos Sexuales y Reproductivos (Forum Syd)	2007-2008	Donación a Fondo Común	Nacional	€ 200,000
Unión Europea	Reducción de la pobreza y mortalidad materno –infantil en los 4 municipios del norte de Chinandega, Nicaragua	2008-2010	Proyecto ONG co-financiado	Chinandega, en los Municipios de Cinco pinos, San Pedro; Santo Tomás y San Francisco del Norte	€830,000
	Proyecto Integrado de Lucha contra el VIH-SIDA en 5 departamentos de Nicaragua	2008-2011	Proyecto ONG co-financiado	Managua; Masaya; Granada, Carazo y Rivas	€1,957,794

	Facilitando equidad de oportunidades e inclusión de niños/as con discapacidad en Nicaragua	2008-2011	Proyecto financiado	ONG	co-	León, Chinandega, Nueva Segovia, Estela, Madriz, Boaco, Chontales.	€632,251.52
	Promoviendo la maternidad segura entre las comunidades Miskitas	2007-2011	Proyecto financiado	ONG	co-	Atlántico Norte (RAAN) Municipios de Puerto Cabezas, Waspam, Río Coco	€1,017,692.57
Unión Europea	Block Grant 5 acciones 1) Abordaje integral de las ITS/VIH/SIDA en la (RAAS). 2) Reducción del riesgo de infección y transmisión del VIH en jóvenes y adolescentes de alto riesgo. 3) Adolescencia y Juventud protegiéndose del VIH/SIDA. 4) Respuesta reforzada a la promoción de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en Nicaragua. 5) Promoviendo la	2008-2010	Proyecto financiado	ONG	co-	1)RAAS Bluefields 2)Chinandega,Nueva Segovia, Madriz 3) Managua distritos II y III 4) Managua, Masaya, Granada, Rivas Carazo León y Chinandega. 5) Chinandega, Managua distritos IV y V.	€944,117.71

	participación de los Hombres Jóvenes y hombres que tienen sexo con hombres en la salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención de las ITS/VIH/SIDA.				
	Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes	2005-2008	Proyecto ONG co-financiado	RAAN, Chinandega, Nueva Segovia, Madriz.	€ 2,125,330.30
Islandia ICEIDA					
UE (CE y EEMM) ACUMULADO APROX					TOTAL

OTRAS COOPERACIONES					
AGENCIA / INSTITUCIÓN	PROGRAMA	PERIODO	TIPO AYUDA	COBERTURA GEOGRÁFICA	MONTO APROX
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Mejoramiento de la Salud Materno Infantil	2005-2009	Préstamo en Función de Resultados	SILAIS: Estelí, RAAN, RAAS, Boaco, Chontales, Nueva Segovia, Jinotega, Chinandega, León, Río San Juan,	US \$30,000,000

				Matriz, Matagalpa	
Banco Mundial					
Canadá	Formación de Auxiliares de enfermería a través de Tecnología de Educación a Distancia	2003-2008	Donación Programa Ejecutado por El Centro de Estudios de Enfermería de Canadá y UPOLI en coordinación con el MINSA	San Lucas Telpaneca EL Jicaro Bluefields Mozonte	\$3.800.000 (canadienses)
	Enlaces para la Salud Comunitaria	2006-2011	Donación Programa ejecutado a través de la Cruz Roja Canadiense y Nicaragüense en coordinación con MINSA	Somoto Telpaneca San Jose Cusmapa Limay Estelí La trinidad Jinotega Yali Wiwili Boaco San Lorenzo Camoapa	U\$5,815.000 (canadienses)
Embajada del Japón JICA	Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes	Noviembre 2005/noviembre 2010	Donación	Managua, Granada y Boaco	
	Construcción del Hospital de Boaco		Donación	Boaco	

	Mejoramiento del Control de infecciones	2006-2008	Donación	Managua	
	Fortalecimiento de la educación básica y permanente de enfermería	Pendiente de iniciar	Donación	Managua, León, Estelí, Nueva Segovia, Carazo, Matagalpa, Chontales, RAAN y RAAS	
	Fortalecimiento a la red de mejoramiento de la calidad –EPQI (cooperación de seguimiento)	Julio-Septiembre 2007	Donación	Nacional	
UNICEF					
USAID	Salud materno-Infantil, Planificación Familiar y VIH/SIDA	Fondos del año 2006 utilizados en 2007	8 Proyectos	Nacional con énfasis en las municipalidades más pobres.	\$7,699,000
	Programa de Asistencia para el Desarrollo PL-480 (Componente de Salud)		3 proyectos	Regiones del Norte y Pacífico	\$4,900,000

OPS/OMS	APOYO DESARROLLO NACIONAL SALUD	AL EN		Cooperación técnica para la formulación e implementación de políticas y planes nacionales en el sector salud.	Nacional	
	PREVENCIÓN CONTROL ENFERMEDADES	Y DE		Cooperación técnica para la prevención y control de enfermedades prevalentes (transmisibles y no transmisibles)	Nacional	
	DESARROLLO SOSTENIBLE SALUD AMBIENTAL	Y		Cooperación técnica para el abordaje de los determinantes de la salud en especial los relacionados a la salud ambiental y el desarrollo local.	Nacional	
	SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD	LA LA		Cooperación técnica para el fortalecimiento de programas de salud pública.	Nacional	
	TECNOLOGIA PRESTACION SERVICIOS SALUD	Y DE DE		Cooperación técnica para el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud en el Sector y la mejoría de los servicios públicos de salud.	Nacional	

Proyección por tipo y grupo de gasto
Fuente de financiamiento préstamo (52)

Fuente: Préstamos (52)

RENGLO N	CONCEPTO DEL GASTO	PRESUPUEST O AÑO 2009	PROYECTO 2010 AJUSTADO AL TECHO	PROYECTO 2011 AJUSTADO AL TECHO	DEMANDA 2012	DEMANDA A 2013
01	SERVICIOS PERSONALES	4,448,000.00				
02	SERVICIOS NO PERSONALES	132,467,618.00				
03	MATERIALES Y SUMINISTROS	51,058,250.00				
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES					
	GASTO CORRIENTE	187,973,868.00				
02	SERVICIOS NO PERSONALES	3,544,746.00	2,110,326.39	2,012,548.37		
04	BIENES DE USO	217,024,534.00	148,644,455.81	67,084,945.60		
	GASTO CAPITAL	220,569,280.00	150,754,782.20	69,097,493.97		
	TOTAL MINSA	408,543,148.00	150,754,782.20	69,097,493.97		

PROYECCIÓN POR TIPO Y GRUPO DE GASTO
FUENTE DE FINANCIAMIENTO PRESTAMO (53)

Fuente: Donaciones (53)

REGLON	CONCEPTO DEL GASTO	PRESUPUESTO AÑO 2009	PROYECTO 2010 AJUSTADO ALTECHO	PROYECTO 2011 AJUSTADO ALTECHO	DEMANDA 2012	DEMANDA 2013
01	SERVICIOS PERSONALES	29,278,969.00	37,563,129.67	11,460,947.88	6,942,217.55	6,416,908.08
02	SERVICIOS NO PERSONALES	221,985,180.21	257,059,113.88	90,797,372.28	78,631,151.56	69,663,766.53
03	MATERIALES Y SUMINISTROS	76,551,593.79	66,052,773.98	65,891,856.92	61,201,806.82	52,506,135.31
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4,182,078.00				
	GASTO CORRIENTE	331,997,821.00	360,675,017.53	168,150,177.08	146,775,175.93	128,586,809.92
02	SERVICIOS NO PERSONALES	4,843,527.00				
04	BIENES DE USO	112,906,038.95	23,080,646.68	16,162,002.12	21,222,582.15	19,716,065.69
	GASTO CAPITAL	117,749,565.95	23,080,646.68	16,162,002.12	21,222,582.15	19,716,065.69
	TOTAL MINSA	449,747,386.95	383,755,664.21	184,312,179.20	167,997,758.08	148,302,875.61

MINISTERIO DE SALUD**Proyección Presupuesto MINSA 2009 - 2010****Tipo de Gasto**

DESCRIPCION	PRESUPUESTO MODIFICADO/09	PROYECCION 2010	DIFERENCIA
Ministerio de Salud	5,169,712,956.95	5,054,574,446.41	-115,138,510.54
Recursos del Tesoro	4,259,142,000.00	4,426,666,000.00	167,524,000.00
Rentas con Destino Específico	52,280,422.00	93,398,000.00	41,117,578.00
Donaciones Externas	449,747,386.95	383,755,664.21	-65,991,722.74
Prestamos Externos	408,543,148.00	150,754,782.20	-257,788,365.80
Gasto Corriente	4,612,430,577.00	4,620,503,352.12	8,072,775.12
Recursos del Tesoro	4,050,342,204.00	4,196,136,000.00	145,793,796.00
Rentas con Destino Específico	42,116,684.00	63,692,334.59	21,575,650.59
Donaciones Externas	331,997,821.00	360,675,017.53	28,677,196.53
Prestamos Externos	187,973,868.00		-187,973,868.00
Gasto Capital	557,282,379.95	434,071,094.29	-123,211,285.66
Recursos del Tesoro	208,799,796.00	230,530,000.00	21,730,204.00
Rentas con Destino Específico	10,163,738.00	29,705,665.41	19,541,927.41
Donaciones Externas	117,749,565.95	23,080,646.68	-94,668,919.27
Prestamos Externos	220,569,280.00	150,754,782.20	-69,814,497.80

