

## Capítulo 1 GENERALIDADES DEL TRASFONDO Y DESARROLLO DE LA COOPERACION

La República de Nicaragua (en adelante se denominará como Nicaragua) aún pertenece al grupo de países pobres según el criterio del Banco Mundial debido a los antecedentes históricos incluyendo los daños causados por la guerra civil de la década de los 80s, desastres naturales y desigualdades sociales, etc. No se podría decir que la situación de salud es tan buena, ya que la mortalidad materna es de 86.5 por cada 100,000 nacidos vivos registrados (Estadística MINSA 2005) y que la tasa de mortalidad infantil es 29 por cada 1,000 nacidos vivos (ENDESA 2006/2007)<sup>1</sup>. En la región centroamericana hay más partos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad en comparación con otras partes del mundo. Sobre todo Nicaragua tiene un indicador de 113 partos de las adolescentes de 15 a 19 años por cada 1,000 partos, mostrando el nivel más alto en la región centroamericana (Estado de la Población Mundial de UNFPA, 2008). La población adolescente de Nicaragua representa el 24% (INEC, 2006) del total de la población. Una parte de la población adolescente en Nicaragua no tiene conocimiento correcto de la salud sexual y reproductiva (SSR). Nicaragua está en una situación tal en la que no está penetrado el conocimiento correcto de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, por lo que, a pesar de que casi la mitad de los adolescentes de 15 a 19 años de edad tiene experiencia sexual, la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres de dichas edades es sumamente baja siendo del 23.6%, generando un alto riesgo de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (ENDESA 2006/2007).

En el Proyecto para el Fortalecimiento al Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de Granada, de tipo cooperación técnica de JICA ejecutado desde diciembre de 2000 hasta noviembre de 2004, se hizo relevante también el problema de salud sexual y reproductiva en adolescentes (se abrevia SSRA de aquí en adelante). El Ministerio de Salud de Nicaragua solicitó al gobierno de Japón desarrollar un proyecto de cooperación técnica para atender este tema. Se elaboró la Matriz del Diseño del Proyecto (Project Design Matrix, y se abrevia como PDM por su sigla en inglés, de aquí en adelante) como una versión provisional a través del estudio preliminar ejecutado para la elaboración del plan maestro del Proyecto (de enero a marzo de 2005). El día 9 de septiembre de 2005, se firmó el R/D (Registro de Discusiones) entre el gobierno de Japón y el Ministerio de Salud de Nicaragua acordándose la ejecución del Proyecto con un período de 4 años de cooperación a partir del mes de noviembre del mismo año.

En cuanto a la ejecución y administración del Proyecto, JICA encargó el trabajo a la ONG, Fundación de Cooperación Internacional para Planificación Familiar (se denominará de aquí en adelante como JOICFP por su sigla en inglés).

La actividad real del Proyecto en Nicaragua se inició a partir de junio de 2006. Bajo acuerdo de ambas partes, de Nicaragua y de Japón; se arregló el sistema de ejecución del Proyecto, en el cual se establecieron: Comité de Coordinación Conjunta como organización administradora del Proyecto y dirigido por el Ministro de Salud, Comité Técnico de Implementación del Proyecto del Nivel Central y Comités Técnicos de Implementación del Proyecto en el nivel local, y para discutir asuntos técnicos, (véase el **Anexo 1**, el esquema del sistema de ejecución del Proyecto, y **Anexo 2**, registro de reuniones del Comité de Coordinación Conjunta, respectivamente). En base al resultado del estudio de línea de base y actividades de 2006, el PDM elaborado por el estudio de evaluación preliminar se modificó en el PDM versión 2 cuya expresión se ajustó a la realidad y se aclararon metas con valores numéricos (de aquí en adelante se denominará como PDM-2) y ésta fue aprobado en la reunión del Comité de Coordinación Conjunta que se celebró el septiembre de 2007 (véase el **Anexo 3** sobre el detalle de transición del PDM). Se realizaron la evaluación intermedia en enero y febrero de 2008, y la evaluación final del Proyecto en los meses de junio y julio de 2009. Las actividades planificadas se ejecutaron casi como fueron planeadas y el Proyecto terminó su período de cooperación logrando los resultados esperados y el objetivo del Proyecto en su mayoría.

---

<sup>1</sup> La mortalidad materna: 170 por cada 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil: 21 por cada 1,000 nacidos vivos (Datos estimados en base al Estado de Población Mundial de UNFPA, 2008)

## Capítulo 2 GENERALIDADES DEL PROYECTO

Este proyecto tiene por objetivo promocionar la mejoría de la calidad del servicio y las actividades de promoción relacionados a la SSRA, asimismo fortalecer el mecanismo de gestión para realizar estas actividades efectiva y eficientemente, por ende, procurar que los y las adolescentes actúen correctamente bajo conocimientos correctos de la SSR y utilicen los servicios de la SSR de buena calidad. El Proyecto seleccionó dos SILAIS (Granada y Boaco) entre 17 áreas administrativas de salud como Departamentos pilotos con el enfoque de establecer un modelo en estos SILAIS, municipios y unidades de salud de atención primaria procurando extender sus experiencias y resultados en otras áreas.

A continuación se muestra el diseño del Proyecto (Véase el PDM versión 2 en el Anexo 3).

**Área del Proyecto<sup>2</sup> (área modelo):** Departamentos de Granada y Boaco

**Grupo objeto del Proyecto:** Adolescentes de 10 a 19 años de edad (aproximadamente 90,000 adolescentes) de los dos departamentos seleccionados

**Objetivo Superior:** Mejorar la SSRA en los SILAIS seleccionados Granada y Boaco, previniendo el embarazo no deseado y/o inesperado e ITS, VIH/SIDA de los y las adolescentes.

**Objetivo del Proyecto:** Los y las adolescentes de los SILAIS seleccionados toman actitudes apropiadas con conocimientos correctos de la SSR y utilizan los servicios de salud de SSR ofrecido de manera amigable para adolescentes como modelo de otros SILAIS.

**Resultado 1:** Se mejoran los servicios de SSRA brindados con “Servicio de Salud Amigable para Adolescentes”<sup>3</sup> en los centros / puestos de salud.

**Resultado 2:** Se fortalecen las actividades de promoción de SSRA con la participación activa de los y las adolescentes y la comunidad.

**Resultado 3:** Se facilita el mecanismo gerencial para las actividades de la SSRA.

Como se mencionó antes, el presente Proyecto espera tener tres resultados para lograr el Objetivo del Proyecto. Los principales actores de actividades para obtener cada uno de los resultados son los SILAIS Granada y Boaco, los centros de salud y los clubes de adolescentes establecidos en centros de salud antes mencionados. Sin embargo, cabe mencionar que el indicador 3-1 para el resultado 3 tiene que ver también con el sistema estadístico de salud del MINSA. (Véase el cuadro 2-1.)

Los resultados 1 y 2 se refieren a las actividades relacionadas con el personal de salud del primer nivel y con los y las adolescentes. Mientras el resultado 3 es actividad de monitoreo continuo de los resultados obtenidos 1 y 2 para mejorar y fortalecer estos servicios y actividades. Cabe mencionar que las actividades para obtener el resultado 3 incluyen las que se llevan a cabo para coleccionar los datos estadísticos específicos de los adolescentes dentro del sistema estadístico del MINSA.

---

<sup>2</sup> De los dos SILAIS seleccionado para el Proyecto, Granada tiene el 60% de su población en área urbana mientras que Boaco tiene el 70% en área rural y el nivel de pobreza es relativamente alto, por lo que los dos SILAIS se encuentran en diferentes condiciones sociales y geográficas. El Proyecto se llevó a cabo en estos dos SILAIS ya que tiene plan de construir un modelo aplicable para otros SILAIS de diferentes condiciones. La población del Departamento de Granada es 194,000 personas y la de Boaco es 169,000, de las cuales la población adolescente de 10 a 19 años de edad es 44,374 y 41,567 respectivamente.

<sup>3</sup> Se mencionan las siguientes características del servicio amigable para adolescentes; accesible, ambiente cómodo y apropiado, confidencialidad, privacidad, personal capacitado y sensibilizado, disponer de información para el adolescente y su familia entre otros (fuente: información del MINSA, 2006).

**Cuadro 2- 1: Estructura del Proyecto**

Objetivo superior	Mejorar la SSRA en los SILAIS seleccionados Granada y Boaco, previniendo el embarazo no deseado y/o inesperado e ITS, VIH/SIDA de los y las adolescentes.		
Objetivo del Proyecto	Los y las adolescentes de los SILAIS seleccionados toman actitudes apropiadas con conocimientos correctos de la SSR y utilizan los servicios de salud de SSR ofrecido de manera amigable para adolescentes como modelo de otros SILAIS.		
Resultados	(1) Servicio amigable para adolescentes	(2) Actividades de promoción de SSRA	(3) Mecanismo gerencial y de monitoreo
Actores principales	<ul style="list-style-type: none"><li>● Personal del centro de salud</li><li>● Director del centro de salud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Promotores adolescentes/ Adolescentes</li><li>● Personal de salud encargado de adolescentes</li><li>● Consejo Municipal de Salud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Municipios</li><li>● Sede SILAIS</li><li>● MINSA Central</li></ul>

## Capítulo 3 APORTACIONES REALIZADAS POR EL PROYECTO

### 3.1 Aportaciones realizadas por Japón

#### (1) Envío de expertos<sup>4</sup>

Se enviaron dos expertas de larga estancia desde el inicio del Proyecto por un total de 59.33 hombre-meses. Las áreas de asesoría son “Directora del Proyecto/ Salud comunitaria” y “Participación de Jóvenes/ Coordinación del trabajo”. Se envió el total de 24 expertos de corta estancia por un total de 25.20 hombre-meses. Las áreas principales de asesoría y frecuencia de envío de estos expertos están mostradas en el cuadro 3-1. Las actividades de cada especialidad fueron realizadas esencialmente por el mismo experto cada año en su estancia en el país.

Véase el **Anexo 4** para los detalles del envío de los expertos japoneses.

**Cuadro 3- 1: Área de especialidad y Hombre-meses de estancia de los expertos**

Área de especialidad	Hombre-meses	Resultados relacionados en PDM
Asesora Principal del Proyecto / Administración de Operación / SSRA	4.23	Todos
Directora del Proyecto / Salud Comunitaria	31.20	1, 2, 3
Participación de Jóvenes / Coordinación del trabajo	28.13	2
Servicios Amigables para Adolescentes/Sistema de Capacitación sobre SSRA	9.93	1
IEC • BCC	1.87	2
Empoderamiento de Jóvenes	1.97	2
Administración en Salud para Participación Comunitaria sobre SSRA	2.07	2
Diagnóstico comunitario / Participación comunitaria	2.30	2
Atención de Gineco-Obstetricia para Adolescentes	0.70	1
Atención de Lic.Obstétra para Adolescentes	0.70	1
Monitoreo y Evaluación	0.70	3
PCM	0.73	3
Total	84.53	-

#### (2) Capacitación del personal contraparte en Japón y en tercer país

El total de 25 personas contrapartes han participado al curso de capacitación en Japón y/o México desde el inicio del Proyecto. En el cuadro 3-2 se muestran período y tema del curso, lugar y el número de participantes. Véanse el **Anexo 5** para los detalles de la lista de participantes.

**Cuadro 3- 2: Curso en Japón y en tercer país, período, tema y el número de participantes**

Período	Tema del curso	País donde se dio la capacitación	Número de participantes
Mayo, 2006	Administración General de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (Primer Curso)	Japón	4
Octubre, 2006	Administración General de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (Segundo Curso)	Japón y Filipinas	3
Octubre, 2007	Administración General de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (Tercer Curso)	Japón	5
Diciembre, 2007	Servicio amigable para adolescentes y promoción de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes	México	10
Septiembre, 2008	Administración General de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes (Cuarto Curso)	Japón	3

<sup>4</sup> En este informe se clasifican como experto de larga estancia a los dos expertos que tuvieron más de seis meses totales de estancia en el país y como expertos de corta estancia a aquellos que estuvieron menos de 6 meses.

### (3) Suministro de equipos

Se han suministrado equipos de oficina para el MINSA y SILAIS, equipos de consulta médica para los centros de salud, equipos de IEC y materiales de actividades para el club de adolescentes entre otros. El costo para los equipos suministrados llegó al monto de ¥ 22,474,000 (aproximadamente) en total. El equipamiento se utilizó eficientemente para conseguir el resultado esperado, en lo general.

Véase el **Anexo 6** para los detalles de los equipos suministrados por la parte japonesa y detalles de condiciones del uso y control del mismo.

### (4) Apoyo a la capacitación y actividades en Nicaragua

Para realizar la capacitación, taller, seminario, evento, etc. en el período del Proyecto, como mencionó antes, los expertos japoneses apoyaron técnicamente. Además, el Proyecto ha apoyado la necesidad como viático, transporte, materiales y alquiler de local.

Las capacitaciones y actividades fueron realizadas en su mayoría de acuerdo con el plan basado en PDM. El número de capacitación y actividad realizadas es en total 421 días, y el número de participantes, en total 8,900 personas.

Véase el **Anexo 7 y 8** para los detalles de los resultados reales de actividades.

### (5) Servicio por subcontrato local

Al realizar el estudio de línea de base del Proyecto, se subcontrató el servicio de consultor local (véase el Anexo 9, sobre su detalle). En base al resultado del estudio de línea de base, se establecieron principales valores de meta del Proyecto y también se aclararon más estrategias del Proyecto. En cuanto al estudio de línea de base al final, la Oficina de JICA en Nicaragua concertó contrato con un consultor local; expertas del Proyecto discutieron, coordinaron directamente con el consultor para ejecutar el estudio. Los resultados del estudio se compararon con los del estudio de línea de base y se examinaron por el Proyecto junto con contrapartes para ser aprovechados por el estudio de evaluación final.

Para los temas que se requieren consideración cultural de Nicaragua, y temas que cuentan con organizaciones que tuvieran experiencias en comunidad, se concertaron subcontratos a ONGs locales con justificación de que el uso del recurso local fuera más efectivo y eficaz (véase el **Anexo 9**, sobre su detalle).

- Capacitación de sociodrama y teatro de títeres como herramientas para actividades de promoción por adolescentes: A los y las adolescentes, se les capacitaron en sociodrama como parte de actividades de IEC para la promoción de SSRA (año 2007 y año 2008). Los grupos de teatro y teatro de títeres de adolescentes han desarrollado enérgicamente las actividades de SSRA en cada comunidad y tienen buena reputación.
- Elaboración de la guía y ejecución del taller para prevención de la violencia en el noviazgo: Para evitar el embarazo no deseado del resultado de violencia, se celebraron talleres con programa de prevención de la violencia en el noviazgo y se elaboró la guía para que los promotores adolescentes pudieran ejecutar el taller por ellos mismos. Promotores adolescentes empezaron a tratar activamente el tema de violencia, como un problema cercano, en actividades de educación y promoción de SSRA.

### (6) Gastos de operación local

El costo para la operación en Nicaragua en el período del Proyecto llegó al monto de ¥80,643,079 en total. Véase el **Anexo 10**, sobre su detalle.

## 3.2 Aportaciones realizadas por Nicaragua

### (1) Asignación del personal contraparte

Para la implementación del Proyecto están asignadas un total de 44 personas como contraparte, por parte del MINSA, SILAIS de Granada y de Boaco, los municipios y los centros de salud en los dos SILAIS antes mencionados (octubre de 2009). Sus detalles son; 6 personas del MINSA, 7 de SILAIS de Granada, 14 en los municipios y los centros de salud en este departamento, 5 de SILAIS de Boaco y 12 en los municipios y los centros de salud en este departamento. Véanse el **Anexo 11** para los detalles de la lista del personal contraparte.

(2) Gastos de operación local

La parte nicaragüense ha aportado la oficina local del Proyecto y ha cubierto los gastos de servicios como la electricidad, mantenimiento de los equipos donados por Japón y gastos de actividades locales del personal contraparte entre otros.