

**Ministerio de Salud en la
República de Nicaragua**

**Proyecto de Salud
de
Madres y Niños
en SILAIS Chontales
y
SILAIS Zelaya Central**

Informe Final

Agosto 2019

**Ministerio de Salud
Agencia de Cooperación Internacional del Japón**

Estrella, Inc.

HM
JR
19-034

INDICE

Acrónimo	i
Mapa	iii
Fotos	iv
Resumen.....	vii
I. Información básica del Proyecto.....	1
1. País	1
2. Nombre del Proyecto	1
3. Periodo del Proyecto	1
4. Antecedentes	1
5. Perfil del Proyecto	2
6. Ejecutor del Proyecto	3
II. Resultado del Proyecto	6
1. Resultado del Proyecto	6
1-1. Inversión realizada del Japón	6
1-2. Inversión de parte de Nicaragua	10
1-3. Actividad del Proyecto	12
2. Logros de los Resultados y Objetivos de PDM	58
2-1. Logros de los Resultados de PDM	58
2-2. Avance y logro de los Indicadores del Objetivo de Proyecto de la PDM.....	65
3. Modificación de la PDM.....	68
4. Otros	69
4-1. Progreso de las Consideraciones Ambientales y Sociales (si procede).....	69
4-2. Progreso de las Consideraciones sobre Género / Edificación de Paz / Reducción de la Pobreza (si procede).....	69
III. Evaluación de proceso de la ejecución.....	70
1. Verificación de avances de las actividades	70
1-1. Método de verificación de avances de las actividades con el MINSA	70
1-2. Método de verificación de avances de las actividades con JICA.....	70
2. Verificación de asesoramiento técnico	70
3. Verificación del Manejo Gerencial del Proyecto	71
3-1. Manejo Gerencial del Proyecto	71
3-2. Apoyo de la Sede de JICA y JICA Nicaragua.....	72
3-3. La situación de comunicación fluida entre miembros del Proyecto.....	72
3-4. El mecanismo de monitoreo para la toma de decisiones	73
4. Verificación del protagonismo de los ejecutores	73
4-1. El conocimiento sobre el Proyecto por los ejecutores y C/P	73
4-2. Asignación de C/P	73
4-3. Empoderamiento de los recursos asignados por la contraparte	73
4-4. Interés del avance del Proyecto por la contraparte	74
5. Verificación de la percepción de los grupos objetivos y organizaciones relacionadas.....	74
6. Verificación de alianzas con otras agencias de cooperación	74
6-1. La cooperación con otros Proyectos de JICA.....	74
6-2. La cooperación con otras agencias de cooperación	75
7. Verificación de los factores contribuyentes y restrictivos.....	75
7-1. Factores que contribuyen para el Proyecto.....	75
7-2. Factores restrictivos para el Proyecto.....	75

IV. Resultado de la Evaluación conjunta con los 5 criterios de CAD/OCDE	77
1. Metodología de la Autoevaluación.....	77
2. Pertinencia	78
2-1. Concordancia de la necesidad en el área objeto del Proyecto.....	78
2-2. Concordancia de la necesidad del grupo objetivo	78
2-3. Coherencia de la estrategia de cooperación del Gobierno japonés	79
2-4. Coherencia de la Estrategia Nacional de Salud en Nicaragua y el Proyecto.....	79
2-5. Ventaja comparativa de la Técnica japonesa	79
2-6. Cambios de la situación entorno del Proyecto.....	80
3. Efectividad.....	80
3-1. Las condiciones externas de los Resultados de la PDM para lograr los indicadores del Proyecto	80
3-2. Las condiciones externas para lograr el objetivo del Proyecto del nivel de Actividades	81
3-3. Los resultados que contribuyó al logro del objetivo del Proyecto	81
3-4. Establecimiento de los indicadores del Objetivo del Proyecto	81
4. Eficiencia.....	81
4-1. Los insumos adecuados según el Plan Operativo	82
4-2. Cambio de las condiciones externas de los resultados de la PDM y factores impedidos obstaculizadores	82
4-3. La cantidad y calidad de los insumos para realizar las actividades	82
4-4. El tiempo de intervención para realizar las actividades.....	83
5. Impacto	83
5-1. Expectativas de alcance del Objetivo Superior del Proyecto.....	83
5-2. Cambio de la condición externa del Objetivo del Proyecto para lograr el Objetivo Superior del Proyecto.....	83
5-3. Impactos positivos o negativos, excepto el Objetivo Superior del Proyecto	83
5-4. Impacto en la diferencia de género, etnia o condición social	84
6. Sostenibilidad	84
6-1. Sostenibilidad Política o Sistema	84
6-2. Sostenibilidad institucional y financiamiento.....	85
6-3. Sostenibilidad Técnica	85
6-4. Sostenibilidad social, cultural y ambiental.....	86
7. Consideraciones.....	86
8. Lecciones aprendidas	88
9. Sugerencias.....	89
9-1. Sugerencia para el área objetivo del Proyecto	89
9-2. Sugerencia para ampliación de las actividades del Proyecto a nivel nacional	89
VI. Consideración a lograr el Objetivo Superior del Proyecto.....	91
1. Perspectivas para el Objetivo Superior del Proyecto.....	91
2. Visión e idea para el Manejo y Ejecución de las actividades del Proyecto por el lado de Nicaragua	91
3. Propuesta para Nicaragua del Proyecto.....	91
4. Ejecución y Monitoreo después del Proyecto	91
Anexos.....	93

Acrónimo

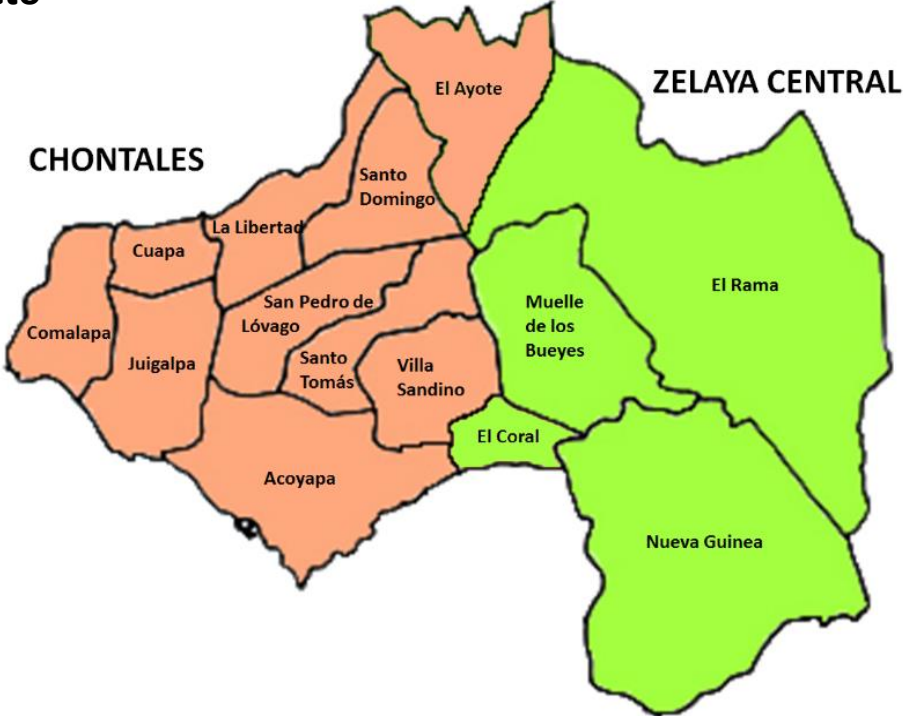
AIN	Atención Integral a la Niñez
AIRN	Atención Inmediata al Recién Nacido
APS	Atención Primaria de Salud
APN	Atención Prenatal
ATI	Acompañamiento Técnico Integral
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo
C/P	Contraparte
CAP	Estudio de Conocimiento, Actitud y Práctica
CCC	Comité de Coordinación Conjunta
CEMED	Centro de Mantenimiento de Equipos Médicos
CG	Censo Gerencial de Embarazadas
CM	Casa Materna
C/P	Contraparte
CTA	Consejo Técnico Ampliado
CTAD	Consejo Técnico Ampliado Departamental
CTAM	Consejo Técnico Ampliado Municipal
CTO	Consejo Técnico Operativo
CTOD	Consejo Técnico Operativo Departamental
CTSS	Consejo Técnico de Servicios de Salud
CSF	Centro de Salud Familiar
DCE	División de Cooperación Externa
DGD	Dirección General de Docencia
DGPD	Dirección General de Planificación y Desarrollo
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
DGVSP	Dirección General de Vigilancia de Salud Pública

ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
ENT	Enfermedades no Transmisibles
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
HCP	Historia de Control Prenatal
HERAJ	Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa
HPP	Hemorragia Postparto
HSF	Historia de Salud Familiar
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers
LB	Línea Base
LF	Línea Final
MATEP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto
MINSA	Ministerio de Salud de Nicaragua
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organización Panamericana de Salud
PDM	Project Design Matrix
PHVA	Método de Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (en ingles PDCA Plan, Do, Check, Acción)
PO	Plan Operativo
PSFC	Puesto de Salud Familiar Comunitario
R/D	Record of Discussions
RC	Red Comunitaria
SAMANI	Apelativo del Proyecto de Salud de Madres y Niños en SILAIS Chontales SILAIS Zelaya Central
SHG	Síndrome Hipertensivo Gestacional
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SMI	Salud Materno Infantil
VPCD	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo

Mapa



Municipios beneficiarios del Proyecto



Fotos



4ta Reunión del CCC y Evaluación Final del Proyecto



Entrega de la donación de equipos médicos
Secretario General del MINSA y Representante de
JICA en Nicaragua



Reunión conjunta de 5 SILAIS sobre Referencia y
Contrarreferencia



Capacitación del Programa de SMI
Aplicando Pre y Post Test para la evaluación del
aprendizaje



Capacitación de Mantenimiento Preventivo
Explicando buen uso y mantenimiento diario de
los equipos médicos



Donación de Equipos Médicos
Cuna Térmica del Hospital Regional Escuela
Asunción Juigalpa



Acompañamiento Técnico Integral
Acompañamiento en conjunto entre SILAIS y
Municipio a los Sectores de Salud



Entrega de camisetas y gorras a miembros de la
RC



Actividades del ESAFC
Coordinación de las actividades entre el Personal
de salud y la RC



Casa Base construida por iniciativa de la población



Séptima Reunión Operativa del Proyecto
Los SILAIS y 14 municipios evalúan sus avances
de las actividades



Taller para la elaboración de Buenas Prácticas del
Proyecto
Se eligen y analizan las Buenas Prácticas de los
Sectores de Salud



Intercambio de experiencias entre los ESAFC, RC participando para compartir sus experiencias del Sector



Evaluación trimestral de las actividades del ESAFC
Los Sectores de Salud verifican las evidencias de las actividades para la evaluación



Encuesta de beneficiaria que recibió el servicio de SMI para el Estudio final Verificación actual de los Servicios de SMI en las Unidades de Salud



Entrevista de encuesta CAP a Madre que parió en el año 2017 para el Estudio de Línea Final



Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitario
Participaron personal de Ministerio de Salud y JICA de más de 14 países
Dr. Tobe de JICA dió conferencia



Seminario Nacional
Se impartió Buenas Prácticas del Proyecto a 17 SILAIS

Resumen

En base al estricto ámbito de la salud y la higiene para la madre y el niño, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de Montevideo de Atención Primaria en Salud renovada (2005), el Gobierno de Nicaragua a través del Ministerio de Salud (en adelante “MINSAL”), implementó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (en adelante “MOSAF”) como estrategia de salud y a través de los Equipos de Salud Familiar y Comunitario (en adelante “ESAF”) el cual está formado por un equipo multidisciplinario “Médico, Enfermera y Auxiliar de enfermería” que visitan la comunidad para la prevención, promoción y atención de salud, como servicios de salud integral. Ambos Sistema Local de Atención Integral en Salud (en adelante “SILAIS”) han implementado la estrategia de servicio de salud integral, sin embargo, hubo sugerencia de la necesidad de mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud en lugares de difícil acceso. En Nicaragua la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil son más altas en comparación al promedio de los países de Centro, Sur América y Caribe. Los datos del MINSAL refleja que hay gran cantidad de parto domiciliario, falta de detección de los riesgos de complicaciones obstétricas durante la Atención Prenatal (en adelante “APN”), alta tasa de embarazo y parto en adolescentes, así como baja capacidad para la atención de complicaciones obstétricas en Hospitales. En estas circunstancias el Gobierno de Nicaragua solicitó a la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (en adelante “JICA”) la cooperación técnica en los SILAIS Chontales y Zelaya Central con el fin de reducir los riesgos de salud de las mujeres gestantes/parturientas y los niños(as) menores de 2 años (Los primeros 1,000 días de vida), la cual internacionalmente se prioriza mediante 3 ejes como el fortalecimiento de la capacidad de la prestación de servicios de SMI en los establecimientos de salud, Promoción e implementación de actividades de salud con la iniciativa de participación comunitaria y el fortalecimiento de la gestión local del área de SMI.

El Proyecto de Salud de Madres y Niños en el SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central (en adelante “el Proyecto”) inició la Fase 1, desde el 12 de julio del 2015 al 31 de marzo del 2017. La Fase 2 inició el 18 de mayo del 2017 y culminará el 31 de Agosto del 2019. Durante el periodo 31 de mayo al 7 de septiembre del 2018, los expertos japoneses tuvieron que retirarse temporalmente debido al deterioro de la seguridad, a raíz de la crisis política en Nicaragua. Sin embargo, las actividades del Proyecto se ejecutaron en su totalidad como fueron planeadas.

Al inicio del Proyecto se planificó la metodología de implementación, se instaló el “Comité Operativo del Proyecto” (en adelante “Comité Operativo”), se acordó la metodología de Monitoreo y Evaluación entre el equipo de los expertos japoneses, la Dirección General de Servicios de Salud (en adelante “DGSS”), la División de Cooperación Externa (en adelante “DCE”), los SILAIS Chontales y Zelaya Central y JICA en Nicaragua. Se acordó el “Plan de Trabajo” en el Comité Operativo de julio del 2015 y se aprobó en la reunión del Comité de Coordinación Conjunta (en adelante “CCC”) de marzo del 2016 como el Plan de Trabajo oficial. En las reuniones del Comité Operativo, la Evaluación y Taller semestral se realizó la evaluación y análisis de las actividades, se identifican las dificultades y se elabora un plan de mejora, acordando la ejecución de las actividades en busca del mejoramiento para el siguiente semestre.

Se aprobó el Plan de trabajo de la Fase 2 en la reunión del Quinto Comité Operativo en junio del 2017 con la participación de la DGSS, la DCE, los SILAIS, los 14 Municipios, Hospital Regional y los Hospitales Primarios. Hasta mayo del 2019, se realizaron cuatro reuniones del CCC, se informó y se revisaron los avances de las actividades, el logro de indicadores, la planificación del listado de los equipos en el marco de la donación y modificación de los indicadores del Proyecto. Además, se definió la vía de comunicación de parte de los expertos japoneses para informar los avances y coordinación en las reuniones periódicas con el MINSA, JICA Nicaragua y con JICA Central se informó por vía correo electrónico y cuando los expertos japoneses retornan a su país.

Resultado 1

La capacidad de prestación de servicios a las mujeres gestantes/parturientas y a los niños menores de 2 años en los establecimientos proveedores de salud está fortalecida.



Diagrama conceptual del Resultado 1

En el diagrama de la izquierda se muestran las actividades del Resultado 1. El Proyecto inició con la ejecución del “Estudio Línea Base” en el período del 13 de agosto al 20 de noviembre del 2015 y este incluyó estudio en el campo. Los resultados fueron ① No concordaban los datos de Salud Materno Infantil (en adelante “SMI”) entre Sector de Salud, Municipio y SILAIS ni existe una metodología clara de monitoreo. ② No estaba unificada la metodología de análisis de datos de pacientes ni se reflejaban en sus expedientes clínicos. ③ Las actividades del Sector de Salud no

estaba sistematizadas y su ejecución dependía de la capacidad de personal de salud.

En la primera reunión del Comité Operativo se seleccionaron 5 Médicos y/o Enfermeras de cada SILAIS para conformar el “Comité Técnico de SMI” con el objetivo de fortalecer el conocimiento técnico, manejo de datos, registro, capacidad de análisis, etcétera. Este Comité, considerando la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el MOSAFC, las normas de atención, el análisis de los resultados del Estudio de Línea Base del Proyecto, los resultados de los talleres de análisis de problemas realizados en diferentes municipios, hospitales primarios y las experiencias de otros proyectos de JICA, se diseñó el Programa de Capacitación de SMI basado en el concepto de Atención Continua. Los temas identificados fueron 5 temas de SMI como; “Censo Gerencial” (En adelante “CG”), “Actividades Básicas durante la Atención Prenatal”, “Síndrome Hipertensivo Gestacional” (En adelante “SHG”), “Hemorragia Post-parto” (En adelante “HPP”), “Atención Integral a la Niñez” (en adelante “AIN”). Además, hubo necesidad de agregar los temas de “Promoción de Salud”. “Lucha antiepidémica desde el Sector”. Se elaboraron materiales didácticos como los textos de capacitación, presentaciones en PowerPoint, pre y post-test para evaluar los conocimientos previos y después de la capacitación, los estudios de casos clínicos y material audio visual sobre la Prevención del Zika.

Se capacitaron Facilitadores Municipales de 14 Municipios y el personal de salud de 8 Sectores Pilotos mediante la estrategia en forma de cascada a través de la educación continua. A los participantes que no lograron tener más de 60 puntos en el post test, se les realizó nuevamente la capacitación y se aplicó nuevamente el post test. El Comité de SMI elaboró la Guía de Capacitación para los facilitadores municipales,

para implementar el programa de capacitación en los 14 Municipios a partir de enero del 2017, lo cual fue revisado y validado por el equipo de la DGSS. También se realizó las capacitaciones de Promoción de Salud y se entrenó para el uso de los materiales educativos. Durante los Acompañamientos Técnicos Integrales (en adelante “ATI”) se observó debilidad en el análisis de datos y registros del CG, APN y SHG. El Comité Técnico de SMI elaboró los materiales de reforzamiento y se ejecutó el reforzamiento en los 14 Municipios. En marzo del 2018 se entregaron los equipos médicos donados de la Fase 1 a 106 unidades de salud. La entrega de los equipos de la Fase 2 y el equipo faltante de la Fase 1 se entregó a 12 unidades de salud y un laboratorio regional como estaba planificado. Además, se implementó el Sistema de Funcionamiento de los Equipos Médicos utilizando el sistema existente en el MINSA y se realizó el monitoreo de los equipos donados y otros equipos existentes del MINSA.

Resultado 2

Las actividades comunitarias relacionadas a la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años están fortalecidas.



Diagrama conceptual del Resultado 2

En el diagrama de la izquierda se muestran las actividades del Resultado 2. En base a los resultados de la Línea Base, se seleccionó 8 Sectores Pilotos de Salud en 4 Municipios. En el año 2007 se implementó el MOSAFC y estaban funcionando algunas actividades, sin embargo, no estaba sistematizada la metodología del monitoreo. Existen los documentos y las Normas vigentes relacionadas al MOSAFC, más de 1600 páginas. Basado al Estudio de la Línea Base, se simplificó las actividades básicas del ESAFC y se elaboró la “Guía Básica de las actividades del ESAFC”.

Para elaborar una metodología práctica, se validó la Guía Básica de las actividades del ESAFC en los Sectores Pilotos de Salud. Se elaboró el Marco de Monitoreo de las actividades del ESAFC, cada 4 meses se evaluaba y se observaba el avance de las actividades. De acuerdo a la experiencia se hicieron modificaciones a la Versión 1 de la Guía Básica. La Guía se implementó en los 161 Sectores de Salud de los 14 Municipios desde marzo del 2017. En la ejecución de la evaluación trimestral de las actividades del ESAFC se observó que los resultados de los 161 Sectores de Salud se mejoraron gradualmente bajo los criterios de Inicializado→Bueno→Avanzado→Excelente y se verificó que es posible extender el uso de la Guía Básica a un gran número de Sectores sin mayores complicaciones.

Resultado 3

La capacidad administrativa de los SILAIS en el control de la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años está fortalecida.

En el diagrama de la izquierda se muestran las actividades del Resultado 3. Con los resultados de la Línea Base se identificó que una de las debilidades es el registro de los datos de SMI y manejo del CG de Embarazadas. El mejoramiento del registro y uso del CG se evidencia en los ATI. Además, se actualiza semanalmente la “Lista de embarazadas próximas a parir en 4 semanas” para fortalecer la vigilancia de las



embarazadas y el parto seguro. Se identificó que durante la evaluación de la calidad del servicio de la APN y Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (en adelante “VPCD”), cada evaluador tenía criterio diferente y/o entendimiento sobre la evaluación. El Comité Técnico de SMI elaboró e implementó el Material de Apoyo y en los 14 Municipios el personal de salud lo utiliza, logrando unificar los criterios del diagnóstico y análisis de los datos de los pacientes en la evaluación.

En relación al sistema de Referencia y Contrarreferencia, se elaboró el Flujograma de Referencia y Contrarreferencia para visualizar el procedimiento y definiendo las responsabilidades de cada nivel. De este Flujograma se elaboró afiches y se distribuyeron a los SILAIS, Municipios y unidades de salud del primer y segundo nivel de atención. Se formó el Comité de Referencia y Contrarreferencia, quién verifica y analiza los datos de las hojas de Referencia y Contrarreferencia. Además, se diseñó el mecanismo de monitoreo, análisis y evaluación periódica del sistema que aplican los Municipios y SILAIS. También, el comité analiza cualitativamente las Referencias y Contrarreferencias considerando los casos graves, muerte perinatal, neonatal e infantil. El Hospital Regional de Juigalpa se coordina con el Municipio de Juigalpa para la atención de las púerperas que se hospedan en el albergue del Hospital y se informan los datos a los SILAIS y/o los Municipios. Con esta modalidad se mejoró el indicador de la atención puerperal.

En todos los meses los técnicos de los SILAIS realizan ATI y participan en los Consejos Técnicos Ampliados Municipales (en adelante “CTAM”) e identifican los hallazgos, se asesora en análisis y plan de mejora. Además, se informa y discuten los resultados en los Consejos Técnicos Ampliados Departamentales de los SILAIS (en adelante “CTAD”) y retroalimentan los resultados de la discusión a los Municipios.

Resultado 4

Las buenas prácticas aprobados por MINSA se comparten entre todos los SILAIS



En el diagrama de la izquierda se muestran las actividades del Resultado 4. Se verificó las Buenas Prácticas en la “Práctica del Ciclo de Mejora: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (en adelante “PHVA”, “El Programa de Capacitación y Acompañamiento Técnico”, “Actividad del ESAFC” y “Referencia y Contrarreferencia”). Para divulgar estas Buenas Prácticas se realizaron el taller de Buenas Prácticas del Proyecto para personal del MINSA Central y el Seminario Nacional a los 17 SILAIS fuera de las áreas objetivos del

Proyecto. Además, se realizó intercambio de las experiencias en República Dominicana en 2017 y Honduras en 2018.

En marzo 2019, se realizó en Nicaragua el Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria, contando con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (en adelante “OPS/OMS”), JICA; participando delegados de 14 países de las Américas. En el Foro se abordaron temas para lograr la meta de la Salud Universal y la Agenda para los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. Se presentaron las Buenas Práctica para superar desafíos de Atención Primaria de Salud (en adelante APS). Nicaragua presentó las Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC con participación comunitaria.

I. Información básica del Proyecto

1. País

República de Nicaragua (en adelante “Nicaragua”)

2. Nombre del Proyecto

Proyecto de Salud de Madres y Niños en los SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central

3. Periodo del Proyecto

Primera fase: Plan: Desde 18 de junio del 2015 al 31 de marzo del 2017

Ejecución: Desde 18 de junio del 2015 al 31 de marzo del 2017

(Envío de expertos: Desde 12 de julio del 2015 al 4 de marzo del 2017)

Segunda fase: Plan: Desde 15 de mayo del 2017 a 31 de agosto del del 2019

Ejecución: Desde 15 de mayo del 2017 a 31 de agosto del del 2019

(Envío de expertos: Desde 18 de mayo del 2017 a 7 de junio del del 2019)

4. Antecedentes

En Nicaragua la razón de mortalidad materna (100 x100 mil nacidos vivos) y la tasa de mortalidad infantil (24 x mil nacidos vivos) es más alta en comparación al promedio de los países de Centro, Sur América y Caribe (promedio 81, 19)¹. Los datos del MINSA refleja que hay gran cantidad de parto domiciliario, falta de detección de los riesgos de complicaciones obstétricas durante la APN, alta tasa de embarazo y parto en adolescentes, así como baja capacidad para la atención de complicaciones obstétricas en Hospitales.

En los SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central, hay muchas comunidades que tienen difícil acceso a los Servicios de Salud, ya que la infraestructura no está bien desarrollada en lugares remotos y hay algunas comunidades que son transitadas únicamente a través de ríos. La razón de mortalidad materna de ambos SILAIS en el año 2012 en SILAIS Chontales (96 x100 mil nacidos vivos), y SILAIS Zelaya Central (142 x100 mil nacidos vivos) fueron más altas que el promedio nacional de 50.2. Sin embargo, el porcentaje de embarazadas que recibieron más de 4 APN y el porcentaje de parto institucional fueron arriba del promedio nacional.² Por tanto, se confirma que las tasas de mortalidad materna y neonatal son más altas que el promedio nacional a pesar de la mayor aceptación del uso de los servicios de SMI, especialmente en las áreas bajo jurisdicción de SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central.³

En base al estricto ámbito de la salud y la higiene para la madre y el niño, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la declaración de Montevideo de Atención Primaria en Salud renovada (2005), el Gobierno de Nicaragua a través del MINSA, implementó el MOSAFC como estrategia de salud. El MOSAFC se implementó a través de los ESAFC el cual está formado por un equipo multidisciplinario “Médico y Enfermera” que visitan la comunidad para la prevención, promoción y atención de salud, como servicios de salud integral. Ambos SILAIS han implementado la estrategia de servicio de salud integral, sin embargo, hubo sugerencia de la necesidad de mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud en lugares de difícil

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Informe Anual de UNICEF 2014” 2015

² La misma Fuente que 1

³ Informe del Estudio de planificación detallada del “Proyecto de Salud de Madres y Niños en SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central” y minuta de discusión del Proyecto 2015

acceso.

En estas circunstancias el Gobierno de Nicaragua solicitó a JICA la cooperación técnica en los SILAIS Chontales y Zelaya Central con el fin de reducir los riesgos de salud de las mujeres gestantes/parturientas y los niños(as) menores de 2 años (Los primeros 1,000 días de vida), la cual internacionalmente se prioriza mediante 3 ejes como el fortalecimiento de la capacidad de la prestación de servicios de SMI en los establecimientos de salud, Promoción e implementación de actividades de salud con la iniciativa de participación comunitaria y el fortalecimiento de la gestión local del área de SMI.

5. Perfil del Proyecto

(1) Objetivo del Proyecto

Objetivo Superior del Proyecto: Se mejora la Salud Materno-Infantil en las áreas bajo jurisdicción del SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central.

Objetivo del Proyecto: Se eleva el nivel de aprovechamiento de los servicios de alta calidad destinados a las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años de edad en las áreas objeto del Proyecto. ◦

* Project Design Matrix (en Adelante “PDM” Versión 3 en Anexo ②).

(2) Propósito de la ejecución del Proyecto (incluyendo posicionamiento en el programa de cooperación)

El propósito del Proyecto es disminuir los riesgos de salud de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años en el SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central, promoviendo el uso de los servicios de salud de alta calidad, mediante el fortalecimiento de la capacidad de prestación de servicios en los establecimientos de salud, las actividades comunitarias relacionadas con la salud y la capacidad administrativa de los SILAIS.

(3) Áreas objeto del Proyecto

- ① SILAIS Chontales: 10 municipios (Acoyapa, Comalapa, Juigalpa, La Libertad, San Francisco de Cuapa, San Pedro de Lóvago, Santo Domingo, Santo Tomás, Villa Sandino, El Ayote), Población de 200,213 habitantes.⁴
- ② SILAIS Zelaya Central: 4 municipios (Nueva Guinea, El Rama, Muelle de los Bueyes, El Coral), Población de 170,103 habitantes.

(4) Grupos objetivos del Proyecto

- ① Protagonistas directos : Personal de salud incluyendo médicos y miembros del Equipo de Salud Familiar y Comunitario en el SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central.
 - Cambio del número de Sectores de Salud en el SILAIS Chontales
Momento de la Misión Preparatoria: 70 Sectores de Salud (julio del 2014)
Momento del Estudio de Línea Base: 74 Sectores de Salud (octubre del 2015)
Momento de terminación de 1ra fase: 87 Sectores de Salud (febrero del 2017)
Momento de terminación de 2da fase: 87 Sectores de Salud (mayo del 2019)
 - Cambio del número de Sectores de Salud en el SILAIS Zelaya Central

⁴ Demografía 2019, El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE)

Momento de la Misión Preparatoria: 54 Sectores de Salud (julio del 2014)
 Momento del Estudio de Línea Base: 74 Sectores de Salud (octubre del 2015)
 Momento de terminación de 1ra fase: 75 Sectores de Salud (febrero del 2017)
 Momento de terminación de 2da fase: 74 Sectores de Salud (mayo del 2019)

② Protagonistas indirectos: Las mujeres (15 a 49 años: población estimada 100 mil mujeres), los niños menores de 2 años de edad (población estimada 16 mil niños) en las áreas objeto del Proyecto.

Cuadro 1. Número de habitantes y establecimientos de Salud en el área objetivo del Proyecto
 (hasta 30/04/2019)

SILAIS	Municipio	Población	Hospital Regional	Hospital Primario	CSF	PSFC	Casa Materna
Chontales	Juigalpa	60,901	1	0	1	11	1
	Comalapa	18,110	0	0	1	6	1
	Cuapa	10,020	0	0	1	2	1
	Acoyapa	20,242	0	0	1	9	1
	Villa Sandino	15,023	0	0	2	2	0
	Santo Tomás	19,181	0	0	1	5	1
	San Pedro de Lóvago	9,474	0	0	1	2	1
	La Libertad	14,372	0	0	1	5	1
	Santo Domingo	14,302	0	0	1	2	0
	El Ayote	18,588	0	0	1	4	1
Total del SILAIS Chontales		200,213	1	0	11	48	8
Zelaya Central	Nueva Guinea	78,947	0	1	0	30	3
	El Coral	8,244	0	0	1	4	1
	Muelle de los Bueyes	24,348	0	1	1	6	1
	El Rama	58,564	0	1	1	8	1
Total del SILAIS Zelaya Central		170,103	0	3	3	48	6
Total de ambos SILAIS		370,316	1	3	14	96	14

Fuente : Estadística del SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central (2019)

(CSF: Centro de Salud Familiar, PSFC: Puesto de Salud Familiar y Comunitario)

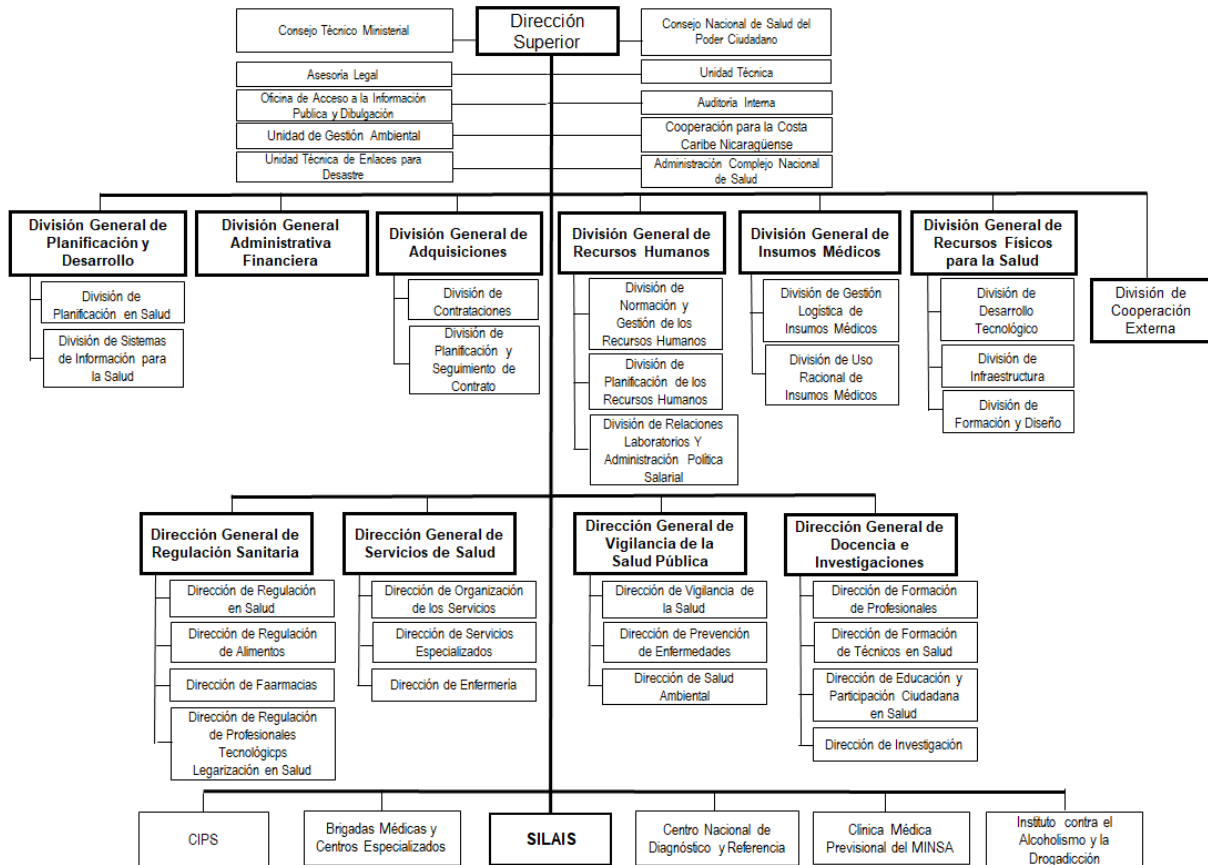
(5) Inversión Total (Japón)

Aproximadamente 520 millones de yenes

6. Ejecutor del Proyecto

El ejecutor del Proyecto es el MINSA y la contraparte del Proyecto es la DGSS y su organigrama es el siguiente:

Figura 1. MINSA Central



Los SILAIS Chontales y Zelaya Central son ejecutores principales del Proyecto.

Figura 2. Organigrama del SILAIS Chontales

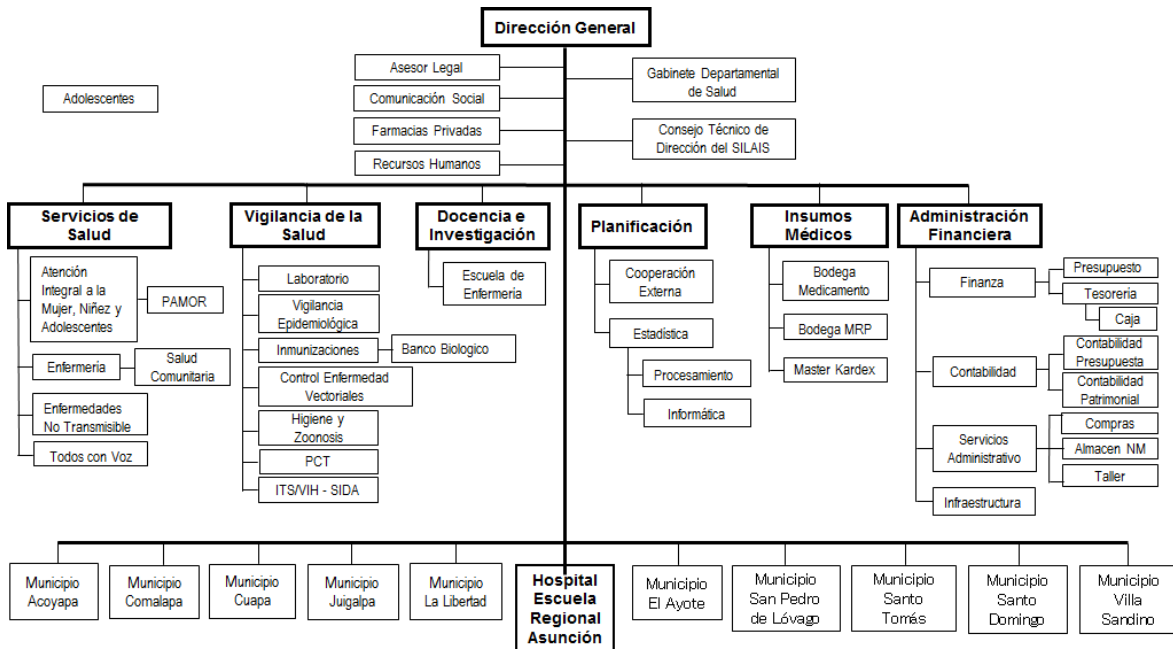
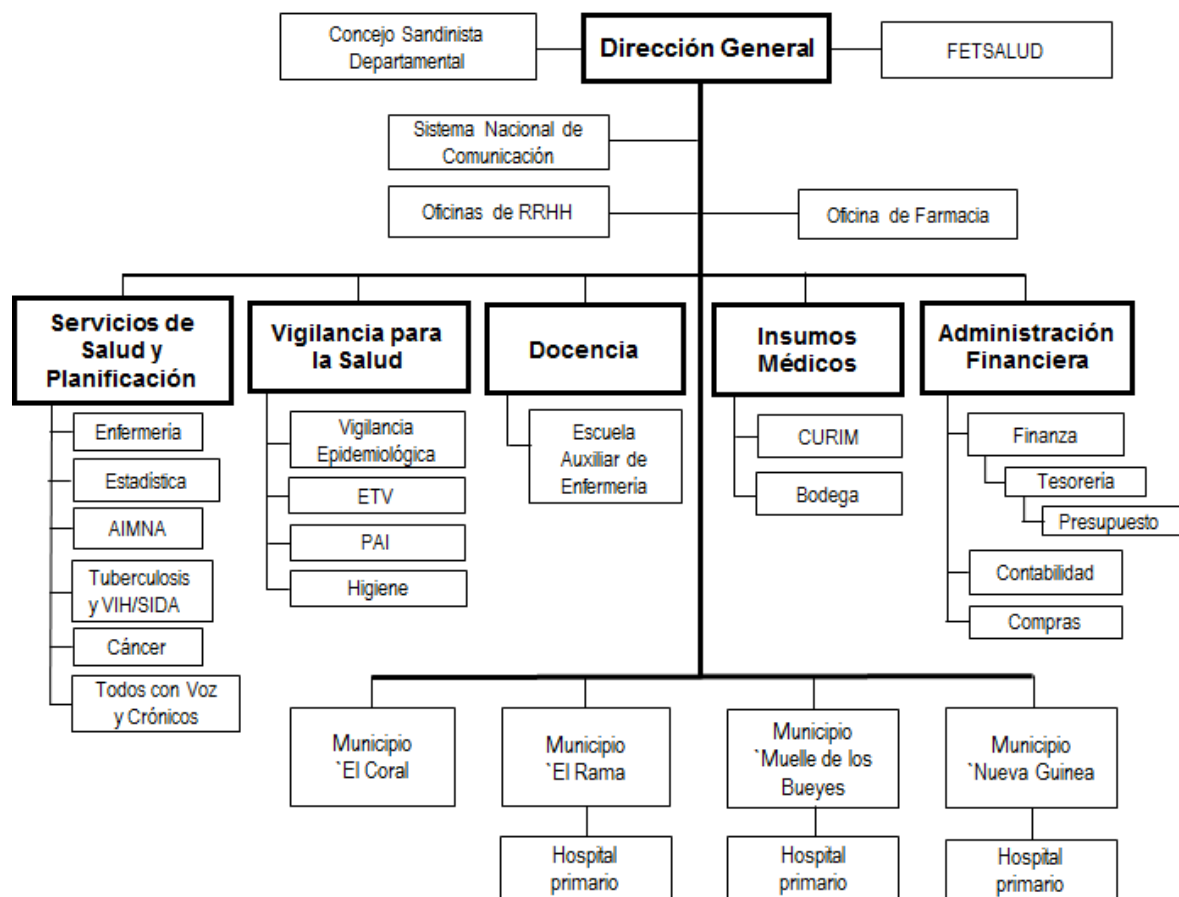


Figura 3. Organigrama del SILAIS Zelaya Central



II. Resultado del Proyecto

1. Resultado del Proyecto

1-1. Inversión realizada del Japón

(1) Los expertos japoneses enviados

Según el Plan de trabajo se envió 9 expertos japoneses en 8 temas en la fase 1, ver en el Cuadro 2 y en la fase 2 se envió 8 expertos en 8 temas, ver en el Cuadro 3.

Cuadro 2. Resultado de envío de los expertos en la Fase 1

Nombre	Cargo	Plan de envío #	Envío realizado #	Período del envío
Jiro Nakamura	Líder/Salud Comunitaria	2	2	12/07/2015 al 30/06/2016 09/08/2016 al 18/02/2017
Sakiko Watanabe	Sub líder/Salud Comunitaria / Coordinadora del Proyecto	4	6	12/07/2015 al 08/12/2015 20/01/2016 al 19/03/2016 24/06/2016 al 10/08/2016 16/10/2016 al 04/12/2016 08/01/2017 al 16/02/2017 27/02/2017 al 03/03/2017
Naoko Ishihara	Materno - Infantil	3	3	12/07/2015 al 23/12/2015 25/01/2016 al 21/03/2016 15/05/2016 al 06/12/2016
Kota Yoshioka	Salud Pública (Investigación y análisis)	1	1	04/08/2015 al 11/09/2015
Yumiko Murakami	Salud Pública (Promoción de Salud)	2	2	25/10/2015 al 30/11/2015 02/05/2016 al 30/06/2016
Yoko Hamaguchi	Salud Pública (Promoción de Salud)	1	1	12/06/2016 al 11/07/2016
Kyo Hanada	Administración Pública / Gestión de la Salud	2	2	28/02/2016 al 12/03/2016 08/01/2017 al 16/01/2017
Tomomi Kosaki	Administración Pública	1	1	21/08/2016 al 26/08/2016
Fumie Takagi	Enfermería Pediátrica / Obstétrica	1	1	17/09/2016 al 25/09/2016

Cuadro 3. Resultado de envío de los expertos en la Fase 2

Nombre	Cargo	Plan de envío #	Envío realizado #	Período del envío
Jiro Nakamura	Líder/Salud Comunitaria	3	3	10/08/2017 al 17/12/ 2017 15/02/2018 al 28/06/2018 08/10/2018 al 30/04/2019
Sakiko Watanabe	Sub líder/Salud Comunitaria / Coordinadora del Proyecto	6	7	18/05/2017 al 16/07/2017 24/10/ 2017 al 22/12/2017 08/01/2018 al 16/02/2018 14/04/2018 al 07/06/2018 04/10/2018 al 21/10/2018 16/01/2019 al 31/03/2019 27/05/2019 al 07/06/2019
Naoko Ishihara	Materno - Infantil	3	3	22/05/2017 al 20/10/ 2017 09/04/2018 al 28/06/2018 15/01/2019 al 02/06/2019
Kyo Hanada	Administración Pública / Gestión de la Salud	1	1	21/01/2018 al 10/02/2018

Yumiko Murakami	Salud Pública (Promoción de Salud)	1	1	10/04/2018 al 27/04/2018
Fumie Takagi	Enfermería Pediátrica / Obstétrica	1	1	01/10/2017 al 09/10/2017
Kazushiro Suzuki	Donación y Control de Equipos	2	2	22/10/2017 al 20/11/2017 08/01/2019 al 07/02/2019
Tomomi Kosaki	Administración Pública	1	1	25/02/2019 al 04/03/2019

(2) Personal Local

El Proyecto contrató Asistentes Técnicos (Médicos) que tienen experiencia de trabajo en MINSA, Secretaria/Asistente y Conductores como en los Cuadros 4 y 5.

Cuadro 4. Lista de asistentes Técnicos

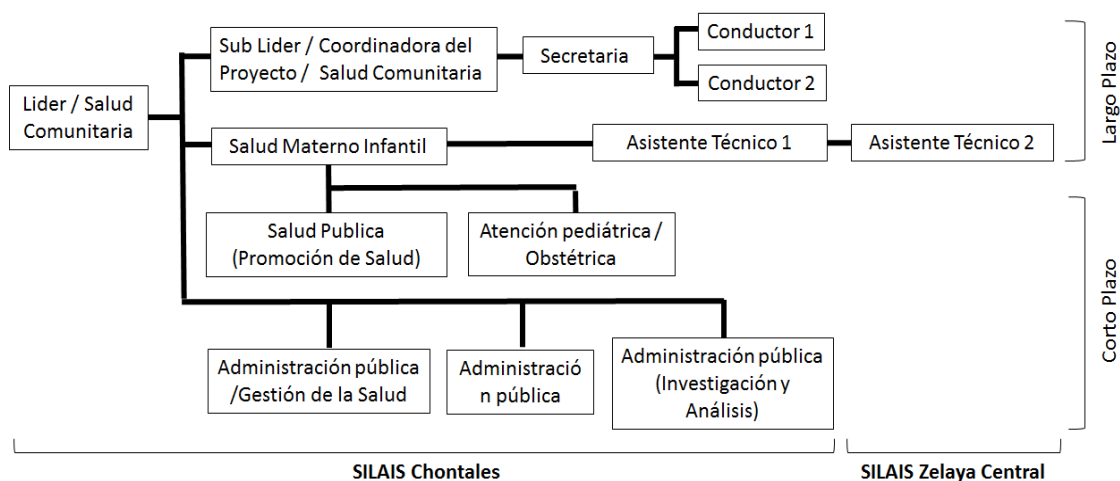
Nombre	Lugar de Trabajo	Duración
Byron Pérez	SILAIS Zelaya Central	24/07/ 2015 al 15/03/2017 18/05/2017 al 31/05/2019
Doribel Tercero	SILAIS Chontales	24/07/ 2015 al 15/03/2017 18/05/2017 al 31/05/2019
Roberto Cisneros	SILAIS Chontales	05/06/2017 al 30/04/2018
Esequiel Núñez	SILAIS Chontales	14/05/2018 al 31/05/2019

Cuadro 5. Lista de personal local (Secretaria y Conductor)

Nombre	Cargo	Duración
Modesta Romero	Secretaria/Asistente	03/08/2018 añ 15/03/2017 11/05/2017 al 07/06/2019
José Morales	Conductor	03/08/2015 al 18/01/2016
Roberto Bermúdez	Conductor	03/08/2015 al 28/02/2017
Aurelio Medina	Conductor	01/02/2016 al 15/03/2017 11/05/ 2017 al 31/01/2019
Eddy Munguía	Conductor	01/06/2017 al 31/08/208 08/10/2018 al 30/04/2019
Berman Padilla	Conductor	01/02/2019 al 31/05/2019

La estructura de ejecución del Proyecto en la siguiente Figura 4.

Figura 4. Estructura de ejecución del Proyecto



(3) Inversión de Equipos

En el Proyecto se adquirió los vehículos y equipamiento de las oficinas del Proyecto en julio del 2015 de la Fase 1. En septiembre del 2016, JICA Nicaragua donó un vehículo usado al SILAIS Zelaya Central y es utilizado para la movilización en las actividades del Proyecto. Además, se instaló la oficina del Proyecto en la DGSS.

Cuadro 6. Lista de equipos de la oficina del Proyecto en la Fase 1

Descripción	Fecha de adquisición	Uso
Aire Acondicionado	28/07/2015	Para la oficina del Proyecto en el SILAIS Zelaya Central
Fotocopiadora con UPS	30/07/2015	Para la oficina del Proyecto en el SILAIS Chontales
2 Proyectoras	30/07/2015	Para uso en los talleres en el SILAIS Chontales y Zelaya Central
2 Computadoras Laptop (Parlantes, Mouse, UPS)	30/07/2015	Para uso en los talleres y elaboración de los documentos en el SILAIS Chontales y Zelaya Central
2 computadoras de tipo escritorio con UPS	30/07/2015	Para uso de la secretaria del Proyecto en el SILAIS Chontales y elaboración de los documentos del Asistente Técnico del Proyecto en el SILAIS Zelaya Central.

Cuadro 7. Lista de equipo de la oficina del Proyecto en la Fase 2

Descripción	Fecha de adquisición	Uso
Aire Acondicionado	11/11/2017	Para la oficina del Proyecto en la DGSS/MINSA

(4) Envío a los cursos realizados a Japón o terceros países

La contraparte envió personal al curso en Japón, para intercambio del Proyecto con otros países y al Foro Internacional de JICA.

- ① Foro Internacional “Perspectivas y Desarrollo del Intercambio Internacional sobre Salud Comunitaria en Latinoamérica” en Paraguay

Duración : 23/09/2015 al 25/09/2015

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	María Estrada	DGSS	Responsable Modelo de Salud
2	Samir Aguilar	SIL AIS Chontales	Director General
3	Jiro Nakamura	SAMANI	Líder/Salud Comunitaria

- ② Fortalecimiento de SMI mediante Actividades de Salud Pública (curso B), Año fiscal 2015 en Okinawa y Tokio en Japón

Duración : 11/01/2016 al 26/02/2016

	Nombre	Lugar de trabajo	Cargo
1	Marisol Mejía	SIL AIS Chontales	Directora del Departamento de Servicios de Salud
2	Anabel Salazar	SIL AIS Zelaya Central	Responsable de Actividades Comunitarias y Adolescentes

③ Intercambio de experiencia en tercer país: República Dominicana

Con el Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud para Embarazadas y Período Neonatal en Región III (FOAPRISEN) de la Cooperación Técnica de JICA

Duración : 02/10/2016 al 06/10/2016

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Neyling Pérez	Municipio de Nueva Guinea	PSFC Talolinga
2	Tania García	Municipio de El Rama	Hospital Primario
3	Jeymy Rivas	Municipio de Acoyapa	Directora Municipal
4	Margin Bravo	Municipio de Santo Domingo	Directora Municipal
5	Naoko Ishihara	SAMANI	Experta SMI

④ Fortalecimiento de SMI mediante Actividades de Salud Pública (curso B), Año fiscal 2016 en Okinawa y Tokio en Japón

Duración : 07/11/2016 al 23/12/2016

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Petronila Flores	SILAIS Chontales	Jefa de Enfermería
2	Vanessa Taisigüe	Municipio Juigalpa	Responsable de Enfermería de Municipio
3	José Elías Carmona	Municipio Nueva Guinea	Responsable de PSFC

⑤ Foro Internacional de Salud en América Latina “Aplicando nuestra experiencia para alcanzar los ODS” (Año fiscal 2016) en República Dominicana

Duración : 16/11/2016 al 18/11/2016

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Fernando Canales	SILAIS Zelaya Central	Director General
2	Dilma Sirias	SILAIS Chontales	Responsable de Epidemiología
3	Sakiko Watanabe	SAMANI	Sub Líder/Salud Comunitaria

⑥ Fortalecimiento de SMI mediante Actividades de Salud Pública (curso B), Año fiscal 2017 en Okinawa y Tokio en Japón

Duración : 10/05/2017 al 01/07/2017

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Maryury Castillo	PSFC Puerto Díaz, Municipio de Juigalpa	Enfermera
2	Arely Cerrato	PSFC San Pedro, Municipio de El Rama	Enfermera

⑦ Intercambio de experiencia en tercer país: Honduras

Con el Proyecto del “Fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud basado en el Modelo Nacional de Salud (PROAPS)

Duración : 19/02/2018 al 21/02/2018

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Adrián Chávez	SILAIS Chontales	Coordinador de Programa de Salud
2	Claudia Padilla	SILAIS Zelaya Central	Responsable Programa TB-VIH/SIDA

3	Jiro Nakamura	Proyecto SAMANI	Líder del Proyecto Experto de Salud Comunitaria
---	---------------	-----------------	---

- ⑧ Fortalecimiento de SMI mediante Actividades de Salud Pública (curso B), Año fiscal 2018 en Okinawa y Tokio en Japón

Duración : 21/10/2018 al 04/12/2018

	Participantes	Lugar de Trabajo	Cargo
1	Oliver Cabrera	Municipio de Juigalpa	Sub. responsable de Enfermería de Municipio
2	Noel Torres	Municipio de Muelle de los Bueyes	Responsable de Enfermería de Municipio

- (5) Inversión para las actividades del Proyecto

En la Fase 1 el gasto del Proyecto en personal, viáticos, vehículos, equipamiento, mantenimiento de equipos, combustible, gastos en las actividades del Proyecto en el año fiscal 2015 fue 88,214,000 yenes, el año fiscal 2016 fue 112,516,000 yenes, y el año fiscal 2017 fue 73,465,000 yenes para un total de 274,195,000 yenes. Aproximadamente 270,000,000 yenes (Equivalente a 2,480,000 dólares)

En la Fase 2, además, de los rubros de gasto de las actividades del Proyecto se ejecutó los gastos del Foro internacional y Seminario Nacional. Los gastos realizados en el año fiscal 2017 fue 80,664,000 yenes, en el año fiscal 2018 fue 99,550,000 yenes y en el año fiscal 2019 fue 20,927,000 yenes para un total de 201,141,000 yenes. Aproximadamente 200,000,000 yenes (Equivalente a 1,820,000 dólares)

- (6) Donación de Equipos

Para la Fase 1, ambos SILAIS elaboraron la lista de necesidades de los equipos médicos que iban a ser donados por el Proyecto. Analizando el programa de donación de otros Cooperantes y el plan de adquisición de equipo médico del MINSa, el resultado de la revisión definió los equipos y su prioridad en coordinación con la DGSS para hacer la solicitud a JICA. En abril del 2016 se envió el listado de equipos con el plan de distribución, prioridad, situación de acceso a cada lugar, las especificaciones técnicas de los equipos, las cotizaciones, políticas y Plan Básico de la Donación de Equipo. JICA Nicaragua realizó la Licitación Pública en diciembre del 2016 y se contrató con Casa Terán entre 4 distribuidores licitados. Duró cierto tiempo la entrega y se culminó hasta marzo del 2018.

Para la Fase 2 en la tercera reunión del CCC realizada en noviembre del 2017, se acordó sobre los equipos médicos para donar en la Fase 2. Hasta diciembre del 2018 el Proyecto culminó el proceso de contratación y firmó el contrato con el proveedor Bühler. En mayo se realizó la inspección de los equipos. Aunque hubo dificultad de acceso por la crisis política se entregaron los equipos, incluyendo las cunas que no pudieron adquirirse en la Fase 1, finalizando la entrega en diciembre del 2018.

1-2. Inversión de parte de Nicaragua

- (1) Contraparte

Las disposiciones de la Contraparte desde inicio del Proyecto en julio 2015 son el Cuadro 8.

Cuadro 8. Listado de contraparte principal (desde julio 2015 a mayo 2019)

Sede	Cargo del MINSa	Nombre	Período de C/P
MINSa Central	Ministra	Sonia Castro	Jul, 2015 - actual
	Director General de la DGSS	Carlos Cruz	Jul, 2015 - actual

	Directora de la DCE	María de Los Angeles Boedeker	Jul, 2015 - actual
SILAIS Chontales	Director de SILAIS	Samir Aguilar	Jul, 2015 - Dic, 2018
		Dilma Sirias	Dic, 2018 - actual
	Responsable, Servicios de Salud	Marisol Mejía	Jul, 2015 - actual
SILAIS Zelaya Central	Director de SILAIS	Fernando Canales	Jul, 2015 - actual
	Responsable, Servicios de Salud	Ana Fuentes	Jul, 2015 - Mar, 2018
		Alonso Taleno	Mar, 2018 - actual
Municipio Acoyapa	Director Municipal	Yeymy Rivas	Jul, 2015 - actual
Municipio Comalapa	Director Municipal	Elvin Rocha	Jul, 2015 - Dic, 2015
		Scarleth Henríquez	Dic, 2015 – Abr, 2019
		Leyla Garcia	May, 2019 - actual
Municipio de Cuapa	Director Municipal	Xochilt Suárez	Jul, 2015 - Jul, 2017
		Jose Campos	Jul, 2017 - actual
Municipio de El Ayote	Director Municipal	Miguel Rodríguez	Jul, 2015 - Nov, 2015
		Mario Lazo	Dic, 2015 - Mar, 2017
		Francisco Contreras	Abr, 2017 - actual
Municipio Juigalpa	Director Municipal	Carla Rotschuth	Jul, 2015 - actual
Municipio La Libertad	Director Municipal	Justo José Miranda	Jul, 2015 - Dic, 2018
		Eric Centeno	Dic, 2018 - actual
Municipio San Pedro de Lóvago	Director Municipal	Xiomara Siles	Jul, 2015 - actual
Municipio Santo Domingo	Director Municipal	Margin Bravo	Jul, 2015 - Oct, 21017
		Edwin Bermudez	Abr, 2018 - actual
Municipio de Santo Tomás	Director Municipal	Elieth García	Jul, 2015 - Ene, 2018
		Alba Valverde	Abr, 2018 - Dic, 2018
		Justo José Miranda	Dic, 2018 - actual
Municipio Villa Sandino	Director Municipal	Jeryl Molina	Jul, 2015 - Mar, 2016
		Hasallia González	Abr, 2016 - Mar, 2018
		Jaime Amador	Abr, 2018 - actual
Municipio El Coral	Director Municipal	Mario José Núñez	Jul, 2015 - Ene, 2018
		Jasser Mayorga	Ene, 2018 – May, 2019
		Jorge Luis Hurtado	Jun, 2019 - actual
Municipio El Rama	Director Municipal	Ricardo Salablanca	Jul, 2015 - Ago, 2015
		Yasser Sevilla	Sep, 2015 - Mar, 2017
		Donald Fargas	May, 2017 - actual
Municipio Muelle de los Bueyes	Director Municipal	Donald Membreño	Jul, 2015 - Dic, 2015
		Jean Carlos Valle	Dic, 2015 - Feb, 2016
		Jorge Luis Hurtado	Feb, 2016 - Abr, 2017

		Francisco Báez	Abr, 2017 - actual
Municipio Nueva Guinea	Director Municipal	Diego Calvo	Jul, 2015 - actual
Hospital Escuela Regional Asunción	Director de Hospital	Ana Cecilia Estrada	Jul, 2015 - Dic, 2015
		José Francisco Ochoa	Dic, 2015 - actual

(2) Instalaciones

Durante la ejecución de la Fase 1 y Fase 2 en el SILAIS Chontales se instaló la oficina del Proyecto y el parqueo de los vehículos. Y en el SILAIS Zelaya Central se instaló un espacio para el Asistente Técnico del Proyecto. Además, en la Fase 2 se instaló la oficina del Proyecto en la DGSS para dar seguimiento a la elaboración de los materiales educativos, preparación del Foro Internacional y Seminario Nacional

(3) Inversión Local

Los gastos de personal, viáticos, instalación, insumos, mantenimiento de vehículos, combustible, costo de las actividades de Servicios de Salud y actividades de Promoción de Salud, costo de reuniones en el MINSA, fue el aporte de la contraparte. Total de aporte de gastos de las actividades del Proyecto de la Fase 1 (desde julio 2015 al marzo 2017) fue aproximadamente C\$202,190,598.16 (en Dólares: equivalente a US\$6,739,600 dólares) , en la Fase 2 (desde mayo 2017 al junio 2019) fue aproximadamente C\$499,037,011.36 (en Dólares: equivalente a US\$15,293,810 dólares) .

Cuadro 9. La inversión para las actividades del Proyecto (Moneda : Córdoba nicaragüense)

Inversión Local (aproximada)	Año 2015 Julio a Diciembre	Año 2016 Enero a Diciembre	Año 2017 Enero a Diciembre	Año 2018 Enero a Diciembre	Año 2019 Enero a Junio	Total
SILAIS Chontales	39,427,436.44	59,526,195.81	146,508,631.91	195,178,579.70	89,029,762.49	529,670,606.35
SILAIS Zelaya Central	16,139,789.86	47,797,895.67	59,143,873.67	61,798,356.91	21,338,451.00	206,218,367.11
Total	55,567,226.30	107,324,091.48	205,652,505.58	256,976,936.61	110,368,210.49	735,888,973.46

1-3. Actividad del Proyecto

(Actividad 0-1) Ejecutar el estudio de línea base sobre los servicios de la SMI

【Logros】

El estudio de Línea Base (en adelante “LB”) se ejecutó en dos etapas en el período del 13 de agosto hasta el 20 de noviembre del 2015. En la primera etapa se recolectaron los datos de SMI y los datos sociales en las áreas objeto del Proyecto. En la segunda etapa se realizó el estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (en adelante “CAP⁵”), la discusión de grupos focales, verificación de la situación actual de los servicios de SMI y el estudio sobre la necesidad de equipos médicos.

El resultado del estudio de LB fue presentado en marzo del 2016 en versión japonés y español a la sede de JICA en Japón y en abril del 2016 versión en español al MINSA. (Ver Anexo ⑦)

⁵ Conocimiento, Actitud y Práctica

< Los Resultados >

- El MINSA Central y los SILAIS recopilan, cotejan y actualizan los datos estadísticos de SMI a través de los diferentes sistemas de información. Se encontró que esta información en los Municipios y los Sectores de Salud presentaba inconsistencia al comparar los datos de los SILAIS y el MINSA Central.
- Las causas principales de Muerte Materna eran Hemorragia Postparto y Síndrome Hipertensivo Gestacional . En el caso de las muertes neonatales fueron Síndrome de Dificultad Respiratoria, Enfermedades Congénitas y Sepsis Neonatal, en las muertes infantiles post neonatales y niñez fueron las Neumonías, Sepsis y Diarreas.
- Se identificó que aunque existe Red Comunitaria ⁶(en adelante “RC”) en todos los Sectores de Salud, la frecuencia de reuniones en el Sector no es suficiente para la sostenibilidad de las actividades.
- Se encontró que el personal de salud maneja diferentes criterios para informar a las madres, por falta de unificación en la comprensión e interpretación de las normas.

Todos estos resultados requieren implementar estrategias dirigidas a fortalecer a cada ESAFC para su articulación entre el personal de salud y la RC, el programa de capacitación, elaboración de materiales educativos e instrumentos gerenciales, formación de comités, reuniones de monitoreo y evaluación periódica.

(Actividad 0-2) Confirmar y revisar los manuales y guías existentes de la salud materno-infantil.

【Logros】

Basado en el MOSAFC como política de salud de Nicaragua, el Proyecto y los encargados de SMI revisaron las normas de salud existentes sobre SMI y los resultados de los análisis de la LB, se elaboró el Programa de Capacitación de SMI, las actividades del ESAFC y el Flujograma de Referencia y Contrarreferencia, etc. El proceso de sistematización de los temas se realizó de la siguiente manera:

- ① Se hizo una revisión de los manuales utilizados en proyectos similares de JICA en Nicaragua, Guatemala, Honduras y República Dominicana y se tomaron como referencia al momento de establecer el contenido de las capacitaciones y la elaboración del material educativo de las capacitaciones.
- ② Se dialogó con otros donantes (OPS/OMS, UNICEF, BID, ONGs Internacionales) para investigar la situación de donación de equipo y se reflejó en la selección del equipo.
- ③ Se revisaron las normas del MINSA de Nicaragua relacionadas a la SMI y se extrajeron los indicadores de los servicios de salud relacionados al embarazo, parto, puerperio, niñas/niños para ordenar los indicadores a investigar para establecer la LB.
- ④ Se corroboraron los datos de SMI manejados por la Dirección de Estadística del MINSA en el Nivel Central, de SILAIS y municipal para determinar la veracidad de los datos y reflejarlos en el formato del Estudio de LB.
- ⑤ Se revisaron las normas del MINSA relacionadas a la SMI, se ordenó el equipo necesario para los hospitales de referencia, CSF y PSFC y se establecieron los equipos a investigar y se reflejó en la selección del equipo.
- ⑥ Se elaboraron 3 formatos de investigación de donación de equipo (sobre la oferta y demanda de los

⁶ Los miembros de la RC conformada con voluntarios de salud como brigadista, Partera, Líderes comunitarios, Gabinete comunitario, maestros y policía etc.

servicios de SMI, sobre el equipo médico instalado y su funcionamiento, sobre la situación financiera de los servicios de salud) y se utilizaron durante el Estudio de LB.

Resultado 1. La capacidad de prestación de servicios a las mujeres gestantes/parturientas y a los niños menores de 2 años en los establecimientos proveedores de salud está fortalecida.

(Actividad 1-1) Ejecutar el diagnóstico sobre el estado actual de la atención obstétrica e infantil que cumplen con las normas y los procedimientos en los establecimientos de salud, así como el estado actual del sistema de referencia (desde la comunidad hasta el hospital del nivel secundario).

【Logros】

Según el análisis de los resultados del Estudio de Línea Base del Proyecto y el taller de análisis de problemas, se elaboró el esquema del programa de capacitación de SMI, basado en el concepto de atención continua (Anexo ⑧). Se diagnosticó 5 temas más relevantes para el Programa de Capacitación como “Censo Gerencial”, “Actividades Básicas durante la APN”, “Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “Hemorragia Post-parto”, “Atención integral a la Niñez⁷”.

En la primera reunión de Evaluación y Taller Semestral en octubre 2015, se realizó análisis de diagnóstico actual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con la participación del Hospital Regional, los Hospitales Primarios, los SILAIS, los Municipios y los Sectores de Salud. Cada SILAIS elaboró el flujograma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo a la situación de los establecimientos de salud para visualizar el procedimiento y la responsabilidad de cada nivel de atención. Además, se modificó en la Evaluación y Taller Semestral y en CTAD en base a la experiencia y situación real. El Flujograma del Sistema de Referencia y Contrarreferencia consta de cuatro partes 1) Referencia de Emergencia o caso urgente, 2) Referencia que no es emergencia o no urgente, 3) Manejo de los registros y los pasos de la Referencia y 4) Manejo de los registros y los pasos de la Contrarreferencia. Los Flujogramas se colocaron en cada establecimiento de salud. (Ver Anexo ⑮) .

(Actividad 1-2) En cada área de especialidad médica, organizar Comités de Capacitación (mejoramiento técnico de servicios de SMI, fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia en la atención materno-infantil, etc.) y establecer y/o preparar lineamientos, estrategias y manuales necesarios.

【Resultado】

Según el esquema del programa de capacitación de SMI, basado en el concepto de atención continua (Ver Anexo ⑧) que se elaboró en el Proyecto y los miembros del Comité Técnico de SMI de ambos SILAIS y en coordinación con la DGSS hasta febrero del 2016 se elaboraron 5 Textos en versión de prueba sobre los temas de capacitación “Censo Gerencial”, “Actividades Básicas durante la APN”, “Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “Hemorragia Post-parto” y “Atención Integral de la Niñez”. Los textos se validaron en la Capacitación y se modificaron los contenidos según la validación y actualización de las Normas. En noviembre del 2016 se elaboró la primera versión (Figura 5) y en marzo de 2019 (Ver Anexo ⑨) se finalizó la elaboración de la segunda versión (Figura 6). En la segunda versión de los textos, se hicieron modificaciones

⁷ Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo es atención integral de crecimiento de niños

de acuerdo a la actualización de normas, empleando un lenguaje claro y de mayor comprensión; aumentando el número de ilustraciones visuales como el uso de esquemas, cuadros, fotografías y ejemplos de lo citado .



Figura 5. Primera versión de los Textos de SMI



Figura 6. Segunda versión de los Textos de SMI Anexo ⑨

El Comité Técnico de SMI elaboró la Guía de Capacitación de la primera versión (Figura 7) y las presentaciones para los facilitadores, pre y post test, estudios de casos clínicos y material audiovisual en noviembre de 2016 y en marzo de 2019 se elaboró la segunda versión de la Guía de Capacitación (Figura 8).



Figura 7. Primera versión de la Guía de Capacitación para Facilitadores de 5 temas de SMI.

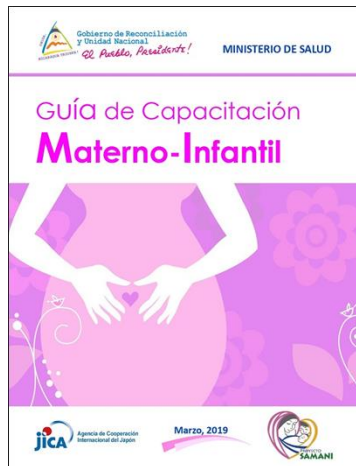


Figura 8. Segunda versión de la Guía de Capacitación para Facilitadores de 5 temas, Anexo ⑩

Además, para la Capacitación de Promoción de Salud, en el Proyecto se elaboró y imprementó la Guía sobre Técnicas y conocimientos básicos de Promoción de Salud para facilitadores. Durante la ejecución de Seguimiento y de Acompañamiento Técnico, se identificó uso de PowerPoint para la capacitación. La primera versión de la Guía finalizó en diciembre de 2016 y la segunda versión en marzo del 2019 (Figura 9). La Segunda versión ver Anexo ⑬



Figura 9. Guía para Facilitadores, Técnica y conocimientos Básicos de Promoción de Salud para la Capacitación de Promoción de Salud (Izquierda: Primera versión, Derecha: Segunda versión)

Sobre el sistema de Referencia y Contrarreferencia, se elaboró en la reunión de la Evaluación semestral y Taller, el Flujograma de Referencia y Contrarreferencia para visualizar el procedimiento y definir las responsabilidades de cada nivel. De este Flujograma se elaboraron afiches y se distribuyeron a los SILAIS, Municipios y 161 unidades de salud del primer y segundo nivel de atención. Además, durante el seguimiento del flujograma de Referencia y Contrarreferencia los SILAIS comprendieron que el fortalecimiento de la Referencia de emergencia era un tema prioritario. Por tanto, el Proyecto y ambos SILAIS elaboraron el material audiovisual de un ejemplo en caso de emergencia obstétrica de una paciente con Síndrome Hipertensivo Gestacional, explicando el proceso que debe llevar el personal de Salud del ESAFC como

tiempo y contenido de la comunicación y manejo de los documentos necesarios para fortalecer su conocimiento. (Figura 10).



Figura 10.

Video sobre un ejemplo de la referencia en caso de emergencia elaborado en febrero del 2017

Desde la Fase 2, en los Municipios se implementó el ATI después de la ejecución del Programa de la Capacitación de SMI en toda el área objetivo del Proyecto con el apoyo del Proyecto y los SILAIS . Con los resultados del ATI se observó debilidad en el análisis de datos y registro del CG, APN y SHG. Para atender estas debilidades, el Comité Técnico de SMI elaboró los materiales de reforzamiento en PowerPoint (Anexo ⑪) El Cuadro 10 detalla el contenido de cada tema.

Cuadro 10. Contenido de los Temas de Material de Reforzamiento

Tema	Objetivo y Contenido
Censo Gerencial (CG)	【Objetivo】 Verificar el registro correcto diariamente y atención continua desde la APN hasta la atención puerperal. 【Contenido】 Introducción del ejemplo del registro correcto.
Actividades Básicas durante la Atención Prenatal (HCP)	【Objetivo】 Fortalecer el registro y análisis de la salud de la embarazada. 【Contenido】 Explicación del registro en el expediente y análisis de datos.
Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG)	【Objetivo】 Aplicar correctamente la norma de atención de la paciente con SHG. 【Contenido】 Cuadro clínico y medios diagnósticos para permitir la detección temprana y el inicio del tratamiento en el Primer Nivel de Atención, errores frecuentes en la aplicación del tratamiento, atención y consejería de la paciente según la norma.

La capacitación de Reforzamiento se realizó en el espacio de los CTAM de cada Municipio. En CG se capacitó en todos los Municipios. Los temas de HCP y SHG se impartieron en los Municipios donde se encontraron mayores debilidades.

(Actividad 1-3) Elaborar el programa de capacitación para el personal de salud de las áreas objeto del Proyecto (médico general, médico en servicio social, enfermera, auxiliar de enfermería y enfermera

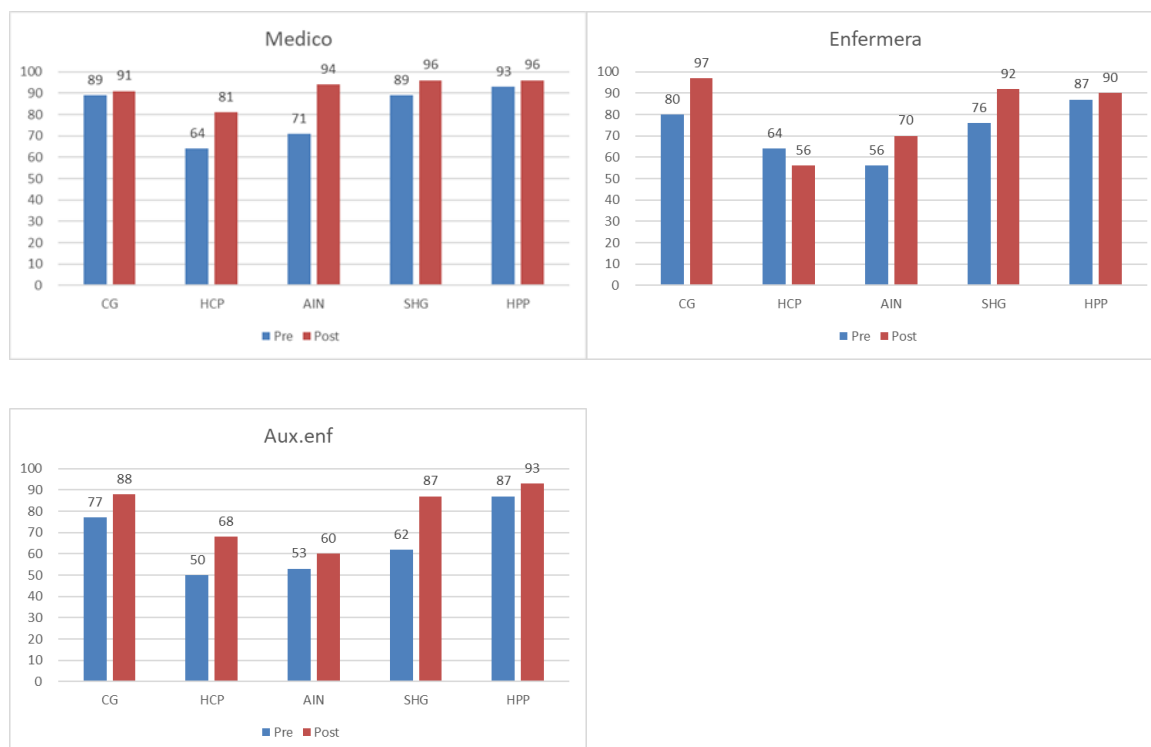
obstetra) en busca de prestar servicios de atención materno-infantil que cumplan con las normas nacionales.

【Logros】

El Comité Técnico de SMI en coordinación con la DGSS elaboró el Programa de la Capacitación de SMI, el proceso de la elaboración del Programa de la Capacitación, consideró los resultados de LB, se realizó el Taller en la reunión de la Evaluación Semestral y se elaboró el esquema del programa de capacitación de SMI, basado en el concepto de atención continua (Ver Anexo ⑧). Los temas de la Capacitación son “CG”, “APN”, “SHG”, “HPP” y “AIN”, además de los 5 temas mencionados se se agregó el tema de “Lucha Antiepidémica desde el Sector”, ya que hubo epidemia en esta época. Finalmente sumó 6 temas para el Programa de la Capacitación.

A partir de marzo del 2016, se realizó las capacitaciones al personal de salud de los ESAFC de los 8 Sectores Pilotos en los 4 Municipios. Las capacitaciones se programan y ejecutan aprovechando el espacio de la educación continua⁸ que se realiza semanalmente en los Municipios con duración de 2 a 3 horas por cada sesión de capacitación. El 100% del personal de salud de los ESAFC recibió los 8 temas del Programa de Capacitación por un período de 6 a 7 semanas. El programa de capacitación se desarrolló con el siguiente contenido: 1) Se realizó el pre test, 2) Parte teórica de los temas, 3) Estudio de casos clínicos y 4) Se realizó el post test. Los resultados del Pre y Post Test de los Sectores Pilotos se reflejan en lo siguiente Gráficos 1:

Gráfica 1. Promedio de los resultados del Pre y Post Test de los Sectores Pilotos (Médico, Enfermera, Auxiliar de enfermería)



Según la gráfica 1, de los resultados del post test, se han encontrado coincidencias y debilidades del

⁸ “Educación Continua” es un tiempo para la capacitación para personal de salud que se realiza en cada Municipio semanalmente con la duración de 2 a 3 horas aproximadamente

conocimiento en los temas de “Actividades Básicas durante la APN” y “AIN” y por esto los facilitadores de cada municipios se realizó las capacitaciones de reforzamiento. En el tema de “Actividades Básicas durante la APN” se encontró limitaciones principalmente en la interpretación del peso de la embarazada (Incremento de Peso Materno) y en el tema de “AIN” la interpretación de la evaluación de los indicadores de crecimiento. Considerando los análisis de estos resultados, las limitaciones fueron por falta de conocimiento de las Enfermeras y Auxiliares de enfermería. Las capacitaciones de reforzamiento se realizaron en los temas con mayores debilidades. En el reforzamiento los resultados del post test demostraron el fortalecimiento de los conocimientos evidenciado por los puntajes obtenidos.

Después de la Capacitación de 4 Municipios Pilotos, el Proyecto y el Comité Técnico de SMI se revisó y analizó los resultados de Pre y Post test y se modificaron los textos, la Guía de Capacitación, pre y post test, las presentaciones de PowerPoint para aumentar la calidad del Programa de la Capacitación.

El Comité Técnico de SMI, después de la ejecución de la Capacitación en 4 Municipios Pilotos, se modificó el contenido en algunos aspectos importantes donde se ha encontrado debilidades de conocimientos del personal de salud de 5 temas de SMI. Además, en noviembre del 2016, se agregó los temas de “Lucha antiepidémica desde el Sector”, “Promoción de la Salud” y “Guía Básica de las actividades del ESAFC” totalizando 8 temas en el Programa. Luego se agregó el material audiovisual en caso de emergencia obstétrica en marzo del 2017, finalmente el Programa de la Capacitación consta de 9 temas. Los temas y objetivos del Programa se detallan en el siguiente Cuadro 11.

Cuadro 11. Los Objetivos y contenidos de los temas de la capacitación

No	Tema	Objetivo y contenido
1	Censo Gerencial	Manejo de la información del CG sobre embarazadas, APN, parto, Atención puerperal, Atención Posnatal, Planificación Familiar, Lactancia Materna, para los análisis, seguimiento de los factores de riesgo y la referencia oportuna.
2	Atención Prenatal	Conocimientos técnicos básicos para una APN con calidad, identificación oportuna de factores de riesgo y garantizar los medios adecuados de la atención y la referencia oportuna.
3	Síndrome Hipertensivo Gestacional	Conocimientos y técnicas básicas en el abordaje de esta enfermedad, prevención, diagnóstico, tratamiento temprano y referencia oportuna del SHG ser la primera causa de emergencias obstétricas y segunda causa de muerte materna.
4	Hemorragia Post-parto	Conocimientos y técnicas básicas de prevención, diagnóstico, tratamiento temprano y referencia oportuna de la HPP por ser la segunda causa de emergencias obstétricas y primera causa de muerte materna.
5	Atención Integral a la Niñez	Conocimientos y técnicas básicas para la atención de calidad del niño menor de 5 años y conocer la identificación oportuna de riesgos, así como garantizar los medios adecuados de la atención y referencia oportuna.
6	Promoción de Salud	Conocimientos y técnicas básicas orientadas a la prevención de enfermedades, información, educación y comunicación (IEC), uso de

		material de promoción, técnicas de socialización.
7	Lucha Antiepidémica desde el Sector	Conocimientos y técnicas básicas para la Prevención del Zika y otras arbovirosis a través de la eliminación del zancudo, identificación de síntomas de la enfermedad y orientación de cuando acudir a buscar atención durante el embarazo y mujeres en edad fértil.
8	Guía de las Actividades Básicas del ESAFC	Las actividades básicas que deben realizarse en el Sector de Salud es basado en el MOSAFC y las actividades se coordinan con la RC.
9	Referencia en caso de Emergencia	El material audiovisual (con duración de 12 minutos y 25 segundos). Refleja los procedimientos y prácticas necesarias para el traslado de emergencia desde el PSFC al Hospital Regional pasando por el CSF.

El Comité Técnico de SMI observó que en los resultados de la capacitación en la Fase 2, hay mal rendimiento en la capacitación de “CG” y “AIN”, por tanto, se revisó el proceso de capacitación para los facilitadores como mejoramiento de los textos, explicación de los temas y manejo de trabajo de grupo.

Dos expertos de Promoción de la Salud impartieron la capacitación de Promoción de la Salud con el fin de fortalecer las capacidades de comunicación, métodos de enseñanza, empleando material educativo IEC para brindar un servicio de salud de alta calidad (Cuadro 12.). Durante el monitoreo y acompañamiento técnico que se realizaron los SILAIS y los municipios se identificaron debilidades de los facilitadores en la preparación de materiales didácticos particularmente en las presentaciones de PowerPoint. Por esta razón, se realizó el taller para la “Elaboración y la Utilización del Material didáctico para la capacitación de calidad” para las personas que elaboran los materiales educativos en cada SILAIS y 14 Municipios. El principal tema fue la preparación y el uso de PowerPoint. Este taller fortalece la técnica de elaboración y utilización de material didáctico visual que pueda transmitir correctamente el contenido de la capacitación a la RC y el personal de salud, así como para las presentaciones gerenciales en todos los niveles. El Proyecto se elaboró la Guía para Facilitadores, Técnica y conocimientos básicos de Promoción de Salud para la Capacitación de Promoción de Salud (Ver Anexo 13).

Cuadro 12. Composición de la capacitación sobre Promoción de la Salud

No	Tema	Contenido
1	Características de la Promoción de Salud a realizar para el MOSAFC.	Conocer diferencia y particularidad de Promoción de Salud entre metodología convencional y el punto de vista del MOSAFC, identificando los problemas de salud de la comunidad junto a sus habitantes, aprovechando al máximo los recursos materiales y humanos para entender la importancia de mantener y mejorar las condiciones de salud con propia voluntad de los habitantes por cambio de comportamiento.
2	Recopilación de datos para la	Aumentar la motivación de los ESAFC, indicando la importancia del Diagnóstico Comunitario y como se puede sacar provecho de la

	planificación de la Promoción de la Salud	información recolectada para la Promoción de la Salud. Lograr el entendimiento de la importancia de un Diagnostico Comunitario adecuado para proponer un Plan de Promoción de la Salud efectivo.
3	IEC (Información, Educación, Comunicación) y Comunicación para el cambio de conducta	Segmentar a las personas que no cambian su comportamiento a través de los principios de IEC y Comunicación para el cambio de conducta y estudiar las experiencias de los participantes, comprender porque es difícil promover el cambio de conducta y determinar la forma de lograr una Promoción de la Salud más efectiva.
4	La teoría del “Cono de aprendizaje” de Edgar Dale	Confirmar las diferencias y los objetivos de las diferentes metodologías de aprendizaje y transferencia de información como material audiovisual, demostraciones, prácticas, a través de esta teoría. En este punto se indica cómo es posible aumentar la efectividad de los afiches y los tableros de información de la salud dependiendo de la composición de la información y la forma de presentarla.
5	Promoción de la Salud enfocada en la nutrición materno infantil	Se toma como ejemplo la nutrición materno infantil para indicar en qué tipo de temas se debe poner atención al momento de elaborar una planificación, el tipo de información requerida y el tipo de promoción recomendada por medio de las normas. Así mismo, los participantes hacen ejercicios utilizando diferentes métodos y materiales para poder experimentar en qué tipo de situaciones pueden ser utilizados los conocimientos adquiridos desde el punto 1 al 4.
6	Trabajo Grupal: Planificación de la Promoción de Salud	Se elabora y presenta una planificación sobre una temática (promoción de las atenciones prenatales, aumento del uso de la Casa Materna (en adelante “CM”), respuesta temprana a las anomalías durante el embarazo, etcétera.) tomando en cuenta la información requerida para realizar la Promoción de la Salud y el método de obtención de la información, población objetivo, presentador, lugar de presentación, presupuesto y metodología de presentación. A través de este trabajo grupal, se ordenan los conocimientos adquiridos durante la capacitación y se confirma como se podrá utilizar la información y recursos en actividades educativas futuras y se promueve el empoderamiento del conocimiento.

(Actividad 1-4) Preparar los equipos básicos para implementar el programa de capacitación, así como utilizar los resultados de la capacitación.

【Logros】

Para las actividades de la Promoción de Salud se consideró el resultado de LB sobre CM, aunque conocen la CM, sin embargo, el 41.5% de encuestadas no conocía el servicio gratuito de CM, a raíz de este resultado el Comité Técnico de SMI y DGSS con apoyo del Proyecto se elaboró el Afiche de Promoción de Uso de CM

(Figura 11), cada establecimiento de salud elaboraron el Mural Informativo con la información propia de su CM. En el resultado de Línea Final (en adelante “LF”) se disminuyó hasta un 3.0% que no conocen su CM.



Figura 11. Afiche de Promoción de Casa Materna (septiembre del 2016)

Además, se elaboró la calcomanía con el lema de “Sin zancudos Familia Sana” (Figura 12) el cual se enfocó en la prevención de enfermedades vectoriales, ya que hubo un brote de Zika en Centro y Sur América en el año 2015 y 2016, así como la Prevención de Dengue y Chikungunya que tiene alta prevalencia en Nicaragua, esta calcomanía se utilizó en los ESAFC para las actividades de Lucha antiepidémica, involucrando alumnos de las escuelas.



Figura 12 Calcomanía para Lucha antiepidémica (enero del 2016)

El Estudio de LB del Proyecto como la Actividad 0-1 de PDM, seleccionó los equipos para el Servicio de SMI con prioridad para el rubro de la donación del Proyecto asignado a los unidades de salud como el Hospital Regional, los Hospitales Primarios, CSF y PSFC, exceptuando las Casas Bases. Al mismo tiempo, el Proyecto analizó las compras que estaban en curso del MINSA, así como las adquisiciones a través de fondos con OPS/OMS, Banco Interamericano de Desarrollo (en adelante “BID”), UNICEF y ONG Internacional FUDEN, para no duplicar los equipos.

Después de seleccionar los equipos, las cantidades y el plan de distribución, el Proyecto revisó con la DGSS,

la Dirección General de Desarrollo Tecnológico y Mantenimiento de Equipos, Área de Adquisición y la DCE del MINSA, para ratificar el plan de distribución, definir las especificaciones técnicas y valorar las cantidades de los equipos. El Proyecto hizo el estudio de los proveedores locales de equipo médico procedentes de los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (en adelante “CAD”) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (en adelante “OCDE”), se investigó la circulación de los equipos médicos con origen de otros países. Se presentó a JICA las cotizaciones de los equipos médicos con origen de los productos de los países con los miembros de OCDE-CAD.

En la primera reunión del CCC realizada en marzo del 2016 se aprobó los equipos a donar y el Proyecto entregó los documentos básicos (la Lista de los equipos médicos, el Plan de Distribución, las Especificaciones, la lista de los proveedores que han participado en la licitación del MINSA y las Cotizaciones), para la Licitación de la Donación de Equipos Médicos de JICA Nicaragua. El proceso de la licitación de los equipos se inició en enero del 2017 y ganó el proveedor Casa Terán. En la Fase 1, se realizó la donación de equipos médicos a 106 unidades de salud (1 Hospital Regional, 2 Hospitales primarios, 15 CSF, 88 PSFC) con 40 ítems en total de 1,931 equipos donados por el monto de US\$ 663,500. La entrega a las unidades de salud se inició en septiembre del 2017 y finalizó en marzo 2018. Los detalles de la donación de los equipos en la Fase 1, ver Anexo 20.

En la Fase 2, se decidió adquirir los equipos necesarios para realizar exámenes de laboratorio que se requieren para la atención de la SMI y los que quedaron pendientes de la primera Fase. Estos equipos se eligieron en los SILAIS y se aprobó en la tercera reunión del CCC en noviembre del 2017. Para la adquisición de los equipos se formó el Comité de Adquisición de Equipos Médicos con los técnicos del MINSA y JICA Nicaragua, en el comité de adquisiciones se elaboró las especificaciones de cada equipo y el proceso de la adquisición. En febrero del 2018 se examinaron las ofertas de los proveedores y se contrató a BÜHLER. Se han instalado todos los equipos finalizando en diciembre del 2018. La donación de equipos de la Fase 2 se entregó a 13 unidades de salud (1 Hospital Regional, 1 Laboratorio Regional, 2 Hospitales primarios, 9 CSF) con 7 ítems de equipo con un total de 28 unidades y el monto de US\$42,800. Los detalles de la donación de equipos en la Fase 2, ver Anexo 20.

En la Fase 2, el Proyecto elaboró la Hoja de información de los equipos médicos donados que contiene la lista de chequeo para evaluar su funcionamiento, lo cual facilita la clasificación del funcionamiento y se ha implementado en los SILAIS y los 14 Municipios. El Sistema de monitoreo del funcionamiento de los equipos donados está vinculado con la Hoja de información elaborada y el inventario de equipos existentes del MINSA, lo que permite la sostenibilidad de su uso. El Proyecto sugirió utilizar la actualización semestral del inventario (en enero y julio.). La Clasificación del estado del equipo del MINSA se presenta en el Cuadro 13

Cuadro 13. Clasificación del estado del equipo del MINSA

B : Bueno	Funciona perfectamente
R : Regular	Funciona mínimamente, pero tiene alguna falla o daño
M : Mal	No funciona

El Sistema de monitoreo de funcionamiento de los Equipos Médicos donados, funciona de la siguiente manera; Los Municipios presentan al SILAIS la lista de equipos en mal estado cuando se actualiza el

inventario de los equipos. El SILAIS prioriza los equipos para enviar a reparación considerando el “grado de necesidad”, “grado de urgencia” y “presupuesto”. Luego el SILAIS solicita la reparación al departamento de Electromedicina del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa (en adelante “HERAJ”). Cuando no se puede reparar en el HERAJ, se solicita la reparación al Centro de Mantenimiento de Equipos Médicos (en adelante “CEMED”) del MINSA Central o guardarlo hasta que se consigue el presupuesto para su reparación. En el primer monitoreo del Sistema de funcionamiento de los Equipos Médicos donados con el apoyo del Proyecto, los municipios y los SILAIS finalizaron el análisis de los equipos donados hasta julio del 2018. El resultado fué 49 equipos donados de la Fase 1 que estaban en mal estado. Un esfignomanómetro de pie del SILAIS Zelaya Central estaba completamente fuera de funcionamiento, los demás 48 equipos (20 equipos del SILAIS Chontales y 28 equipos del SILAIS Zelaya Central) estaban en tiempo de garantía del proveedor Casa Terán, por tanto, se enviaron a reparar y están funcionando. Además 17 equipos tuvieron problemas de oxidación, sin embargo, no afectaba su funcionamiento, por tanto se clasificaron en “Regular estado”. Los demás equipos donados estaban en buen estado.

En el segundo monitoreo del funcionamiento de los Equipos Médicos donados por los SILAIS y 14 municipios con el apoyo del Proyecto, en febrero 2019 un total de 25 esfignomanómetros estaban en “Mal estado” y fuera de su garantía (SILAIS Chontales 20 y en el SILAIS Zelaya Central 5), sin embargo, se realizó negociación con el Proveedor Casa Terán y se pudieron reparar 19 equipos y 2 esfignomanómetros se repararon por el técnico de electromedicina del HERAJ, finalmente 4 esfignomanómetros no pudieron ser reparados.

(Actividad 1-5) A través de implementar la capacitación para el personal de salud en las áreas objeto del Proyecto, crear un modelo estructural de capacitación.

【Logros】

Para la ampliación de la ejecución del Programa de la capacitación a 14 Municipios de ambos SILAIS, el Proyecto y los Comité Técnico de SMI de ambos SILAIS se capacitó facilitadores. Los Criterios para seleccionar los facilitadores municipales definidos por el Comité Técnico de SMI, fueron: 1) Médico o Enfermera permanentes; 2) baja posibilidad de cambio del lugar de trabajo; y 3) tener habilidades para enseñar a las demás personas. Se seleccionaron 29 recursos médicos y de enfermería de los 14 municipios del área objeto del Proyecto. Para capacitarlos se dividieron en dos grupos y se capacitaron por 3 días en el SILAIS Chontales. Las capacitaciones fueron impartidas por los miembros del Comité Técnico de SMI.

A partir de noviembre del 2016 se iniciaron las capacitaciones de SMI a los facilitadores. El programa de capacitación se realizó por 2 días en dos grupos de capacitación por recomendación de la DGSS y fue impartida por los miembros del Comité Técnico de SMI. El primer día de capacitación se abordaron los temas de “Censo Gerencial”, “Actividades Básicas durante la APN”, “Síndrome Hipertensivo Gestacional” y “Hemorragia Post-parto” y el segundo día se abordaron los temas de “AIN”, “Lucha antiepidémica desde el Sector” y “Promoción de la Salud”.

El Programa de Capacitación dirigido al personal de salud de 16 Sectores de Salud en los 14 municipios por los facilitadores capacitados, inició en forma de cascada en enero del 2017 y finalizó en octubre del 2017 (a partir de marzo del 2017, se agregó el video de “Referencia en caso de emergencia obstétrica” como el noveno tema de capacitación). En el SILAIS Chontales se capacitaron 262 trabajadores de la salud (masculino 70 y

femenino 192) y El SILAIS Zelaya Central 185 (masculino 58 y femenino 127), totalizando 447 (masculino 128 y femenino 319). Las capacitaciones se realizaron en el tiempo establecido para educación continua (una vez a la semana en cada Municipio), sin embargo, se prolongó el tiempo por otras afectaciones (Personal de salud enfermo y estaban de subsidio, se les enfermaba un familiar, por ríos caudalosos que no podían pasar para llegar al sitio de la capacitación, situaciones de emergencias de diferente tipo en el país). La capacitación y su prolongación de tiempo no requirieron presupuesto adicional ni obstaculizaron el cumplimiento de sus labores. Se realizó pre y post test en 5 temas de SMI. Los siguientes Gráficos 2 son los resultados del pre y post test de cada perfil.

Gráfica 2. Los resultados de Pre y Post test de los temas de SMI de cada perfil del año 2017



Los resultados con puntaje que tuvieron menor de 60 puntos y más de 60, pero menor de 70 puntos, en el siguiente Cuadro 14.

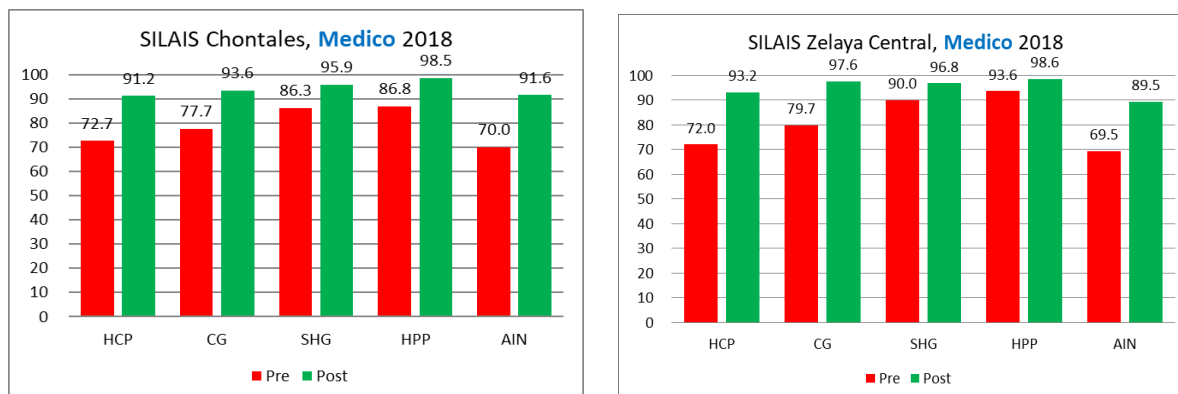
Cuadro 14. Los resultados de Post Test de los 5 temas de SMI

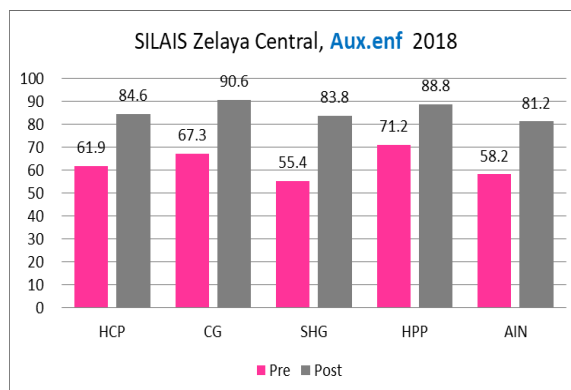
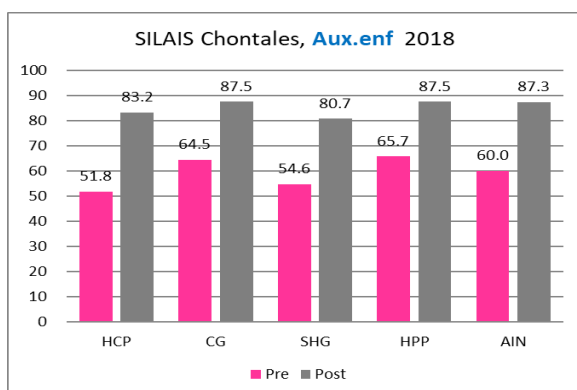
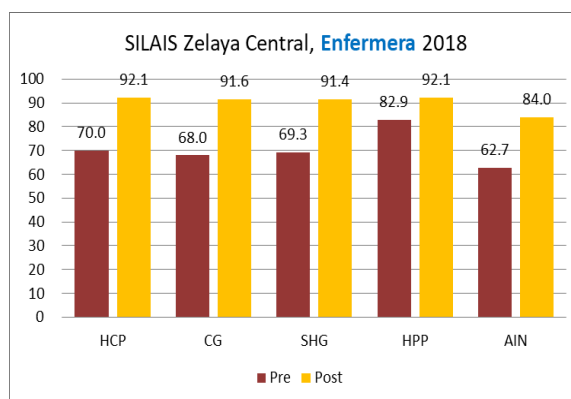
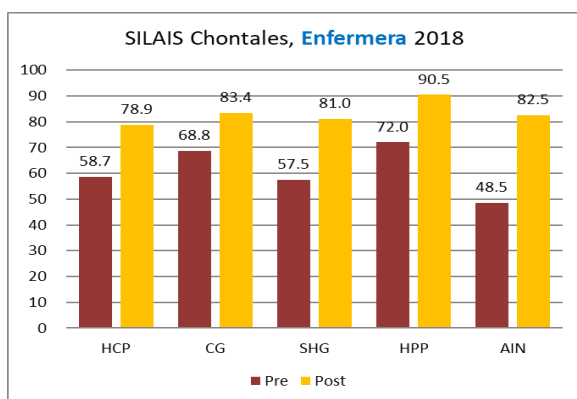
Municipio	Menor de 60 puntos (número de persona)					Mayor de 60 puntos y menor de 70 puntos (número de persona)				
	HCP	CG	SHG	HPP	AIN	HCP	CG	SHG	HPP	AIN
Chontales										
Acoyapa	1	4	3	1	7	0	3	7	0	3
Comalapa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Cuapa	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
El Ayote	2	0	1	0	0	1	0	2	0	0
Juigalpa	0	5	3	0	5	4	9	3	1	9
La Libertad	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
San Pedro de Lovago	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sano Domingo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Tomas	0	0	2	0	1	2	1	3	1	2
Villa Sandino	0	3	1	0	0	0	3	3	0	1
Total SILAIS Chontales	3	14	10	1	13	9	17	19	2	18
Zelaya Central										
El Coral	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
El Rama	9	5	11	1	8	1	3	5	0	7
Muelle de los Bueyes	0	0	2	0	2	3	1	1	0	6
Nueva Guinea	6	13	8	0	3	13	11	7	3	14
Total SILAIS Zelaya Central	15	18	21	1	13	17	31	15	3	28
Total ambos SILAIS	18	32	31	2	26	26	48	34	5	46
Porcentaje ambos SILAIS	4.0	7.2	6.9	0.4	5.8	5.8	10.7	7.6	1.1	10.3

A los participantes que no lograron tener más de 60 puntos en el post test (3.1% SILAIS Chontales y 7.4% SILAIS Zelaya Central), se les realizó nuevamente la capacitación, como lo hicieron en la Fase 1. En el SILAIS Chontales tomaron la decisión que los participantes que tuvieron más de 60, pero menor de 70 puntos en el post test (5.0% del total), realizaran autoestudio y aplicaran nuevamente el post test. En el resultado de recapacitación para los participantes que no lograron tener más de 60 puntos, habían 5 personas (1 de SILAIS Chontales y 4 del SILAIS Zelaya Central) que fallaron en el segundo test y nuevamente les aplicaron otro post test y en octubre del 2017 culminaron la Capacitación.

De mayo a diciembre del 2018, los facilitadores de los municipios se realizaron el Programa de Capacitación a nuevos ingresos como médicos y enfermeras de primer año de servicio social, auxiliares del MOSAFC. En el SILAIS Chontales recibieron la capacitación 89 personas (masculino 38 y femenino 51) y SILAIS Zelaya Central 63 personas (masculino 20 y femenino 43), totalizando 152 personas (masculino 58 y femenino 94) en este año. Los resultados de pre y post test se describen en el Gráfico 3.

Gráfica 3. Los resultados de pre y post test en el año 2018





Los resultados de cada tema de SMI que tuvieron menor de 60 puntos y más de 60 puntos, pero menor de 70 se presentan en el siguiente Cuadro 15.

Cuadro 15. Los resultados de menor puntaje por cada Municipio

Municipio	Menor de 60 puntos (número de persona)					Mayor de 60 puntos menor de 70 puntos (número de persona)					
	HCP	CG	SHG	HPP	AIN	HCP	CG	SHG	HPP	AIN	
Chontales	Acoyapa	0	0	2	0	1	2	1	1	0	1
	El Ayote	1	1	1	0	2	2	0	1	0	1
	Juigalpa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Santo Domingo	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Santo Tomas	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total SILAIS Chontales	3	1	3	0	3	5	2	3	0	2	
Zelaya Central	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
El Rama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Total SILAIS Zelaya Central	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Total ambos SILAIS	3	1	3	0	3	5	2	3	0	7	
Porcentaje ambos SILAIS	0.7	0.2	0.7	0.0	0.7	1.1	0.4	0.7	0.0	1.6	

Los resultados de cada tema de SMI que tuvieron menor de 60 puntos (2.2% SILAIS Chontales y 0% SILAIS Zelaya Central) los facilitadores de municipios se capacitaron nuevamente. En el SILAIS Chontales los participantes que tuvieron más de 60 puntos, pero menor de 70 puntos en el post test (2.7% del total) relizaron autoestudio, aplicaron nuevamente el post test y aprobaron todos. Para el año 2019 de la capacitación de 9 temas del programa a los médicos y enfermeras nuevo en servicio social y auxiliar de enfermería de nuevo ingreso esta planificado en el siguiente Cuadro 16.

Cuadro 16. Plan de capacitación del año 2019 SILAIS Chontales

TEMA DE CAPACITACION	Acoyapa	Comalapa	Cuapa	El Ayote	Juigalpa	La Libertad	SPDL	St. Domingo	St. Tomas	Villa Sandino
Numero de recursos a capacitar	7	6	6	8	8	5	2	3	9	1
Horario	De 1 a 5 pm	De 8 a 1 pm	1.30 a 05 pm	8 a 12 am 1 a 5 pm	8 a 12 am 1 a 5 pm	8 a 12 am 1 a 5 pm	De 1 a 4 pm	8 a 12 am 2 a 5 pm	De 1 a 5 pm	De 1 a 5 pm
Censo Gerencial	23/05/2019	03/05/2019	15/05/2019	17/05/2019	14/05/2019	27/05/2019	23/05/2019	16/05/2019	09/05/2019	16/05/2019
HCP	16/05/2019	13/05/2019	22/05/2019	17/05/2019	14/05/2019	20/05/2019	06/06/2019	23/05/2019	16/05/2019	23/05/2019 Y 28/05/2019
Síndrome Hipertensivo Gestacional	16/05/2019 Y 17/05/2019	17/05/2019	29/05/2019	17/05/2019	14/05/2019	08/07/2019	04/07/2019	29/05/2019	23/05/2019	04/06/2019 Y 06/05/2019
Hemorragia post parto	16/05/2019 Y 17/05/2019	17/05/2019	05/06/2019	24/05/2019	15/05/2019	01/07/2019	20/06/2019	06/06/2019	29/05/2019	11/06/2019 Y 13/06/2019
Atención Integral a la Niñez	06/06/2019 Y 07/06/2019	13/05/2019	12/06/2019	24/05/2019	15/05/2019	06/05/2019	16/05/2019	13/06/2019	25/04/2019	18/06/2019 Y 20/06/2019
Guía Basica	13/06/2019	24/05/2019	21/06/2019	31/05/2019	15/05/2019	13/05/2019	13/06/2019	13/06/2019	25/04/2019	11/06/2019 Y 13/06/2019
Promoción de salud	23/05/2019	24/05/2019	19/06/2019	06/06/2019	14/05/2019	03/06/2019	01/08/2019	13/06/2019	06/06/2019	16/05/2019
Arbovirosis	23/05/2019	24/05/2019	26/06/2019	14/06/2019	14/05/2019	10/06/2019	19/08/2019	26/06/2019	06/06/2019	23/05/2019 Y 28/05/2019
Video Referencia caso urgencia	13/06/2019	24/05/2019	26/06/2019	14/06/2019	15/05/2019	15/07/2019	15/08/2019	20/06/2019	06/06/2019	04/06/2019

SILAIS Zelaya Central

Temas de capacitaciones	Municipio			
	Nueva Guinea	El Rama	MDLB	El Coral
Número de Recursos a capacitar	25	24	14	5
CG y Guía Basica del ESAFC	06/06/2019	27/05/2019	06/06/2019	05/06/2019
HCP y Promoción en Salud	07/06/2019	03/06/2019	13/06/2019	12/06/2019
SHG, HPP y Video R y CR	27/06/2019	10/06/2019	20/06/2019	19/06/2019
AIN (VPCD) y Arbovirosis	28/06/2019	17/06/2019	27/06/2019	26/06/2019

Resultdo 2. Las actividades comunitarias relacionadas a la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años están fortalecidas.

(Actividad 2-1) Ejecutar el diagnóstico de la situación actual de las actividades de la Salud Materno-Infantil por el ESAFC en las comunidades en base a las normas y los procedimientos.

【Logros】

Se realizó con los SILAIS y la DGSS, la verificación de las normas y manuales vigentes del MINSA en el marco del MOSAFC para actividades que debe realizar el personal de salud con la RC. Se revisaron 9 normas vigentes relacionadas directamente con las actividades del MOSAFC y más de 1600 páginas. En algunos Sectores de Salud de los 14 Municipios ya estaban implementadas las actividades del MOSAFC y estaban funcionando algunas actividades. Sin embargo, el funcionamiento de estas actividades dependía del personal de salud.

En la primera Evaluación Semestral en octubre del 2016 se seleccionó en forma consensuada a los 4 Municipios Pilotos en base a los siguientes criterios:

- (1) Muerte Materna en los últimos 2 años
- (2) Dificultades en el acceso al Hospital

- (3) Sectores de Salud que se ubican a más de 1 hora y menos de 2 horas de acceso desde la Sede Municipal
- (4) Disponibilidad de los datos estadísticos.
- (5) Actitud positiva para ejecutar las actividades del Proyecto.

Los siguientes son los 4 Municipios pilotos, 2 Municipios de cada SILAIS:

SIL AIS Chontales

- ① Municipio Acoyapa
- ② Municipio Santo Domingo

SIL AIS Zelaya Central

- ③ Municipio Nueva Guinea
- ④ Municipio El Rama

Luego se seleccionaron un total de 8 Sectores de Salud Pilotos, 2 Sectores de Salud Pilotos en cada Municipio Piloto basado en los criterios siguientes;

- (1) Médico y enfermera en el ESAFC
- (2) Acceso en vehículo
- (3) Más de 1 hora y menos de 2 horas de acceso desde CSF a PSFC o Casa Base
- (4) Puede realizar encuesta de visita domiciliaria
- (5) Más de 30 partos en el año 2014
- (6) No esté ubicado en la Ruta del Canal (Sólo para el Municipio de Nueva Guinea)

Los 8 Sectores de Salud seleccionados como Sectores Pilotos son los siguientes (Figura 13):

- ① Sector de Salud El Zapote (por la modificación de la sectorización después se cambió al Sector de Salud “El Chinal”, Sector de Salud inicialmente número 7 y actualmente número 11)
- ② Sector de Salud San Felipe (Sector de Salud número 8)

Municipio Santo Domingo

- ③ Sector de Salud Los Chinamos (Sector de Salud número 3)
- ④ Sector de Salud Bulún 2 (Sector de Salud número 4)

Municipio El Rama

- ⑤ Sector de Salud Cabeceras de Valentín (después cambió nombre a Sector de Salud “El Marrón”) (Sector de Salud número 12)
- ⑥ Sector de Salud Wapí (Sector de Salud número 14)

Municipio Nueva Guinea

- ⑦ Sector de Salud Talolinga (Sector de Salud número 9)
- ⑧ Sector de Salud Naciones Unidas (Sector de Salud número 26)

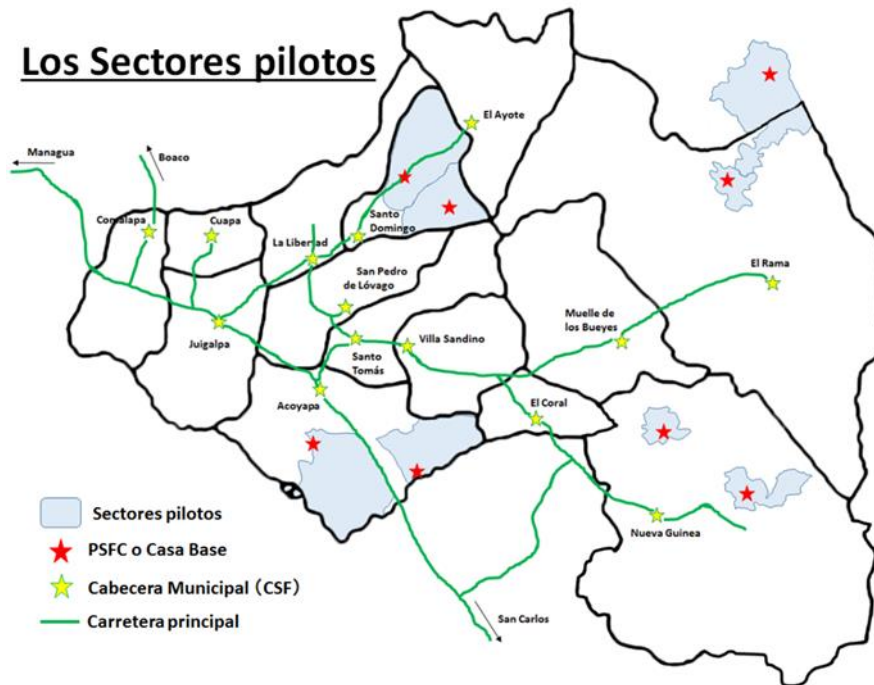


Figura 13. Mapa de los 8 Sectores Pilotos

En los resultados de LB el Proyecto y ambos SILAIS se aclararon actividades que se deben mejorar y fortalecer por el resultado de la encuesta CAP en los Sectores de Salud Pilotos para las madres que tuvieron parto en el año 2014 y la discusión de grupo focal. Unos de los resultados fueron más de 40% de encuestadas aunque conocen la existencia de CM, pero desconocen los servicios que brinda, 18.7% de parto domiciliario y menos de 40% de atención de puerperio mediano. Además, 148 Sectores de Salud tuvieron la reunión del Sector, esto les permite tener comunicación directa con la RC, pero sólo 16 Sectores de salud habían realizado la reunión más de 4 veces por año.

(Actividad 2-2) Crear Comités de Capacitación y establecer y/o preparar lineamientos, estrategias y manuales necesarios para las actividades de la Salud Materno-Infantil por el ESAFC.

【Logros】

Con el Proyecto se ordenó las 13 actividades del ESAFC como prueba en base a 9 Normativas vigentes de actividades del ESAFC con ambos SILAIS y la DGSS. Se presentó en los CTOD, CTAD de los SILAIS y la DGSS y lo aprobaron para implementarse en los Sectores Pilotos con el objetivo de implementar las actividades del ESAFC de una manera más práctica como se muestra en el cuadro 17. Las actividades se ejecutaron de enero a diciembre del 2016 en los 8 Sectores Pilotos.

Cuadro 17. Las 13 actividades del ESAFC de los Sectores Pilotos (Versión de prueba fueron ejecutadas de enero a diciembre 2016)

No	Actividades	Resumen de las actividades y objetivos
1	Elaboración de la lista de la RC	Colocar en un lugar visible en el local sede del Sector de Salud, el listado de la RC por cada comunidad, para informar a la gente a quién pueden abocarse para buscar ayuda.
2	Reunión Mensual de la	Reunir a la RC para coordinar visitas a las comunidades,

	RC	retroalimentar información de las embarazadas, actividades de Promoción en Salud en la comunidad, planificar e intercambiar las informaciones con el personal de salud etc.
3	Elaboración de ficha familiar	Visitar la comunidad para llenar/actualizar la ficha familiar sobre la estructura familiar, condiciones de la vivienda, historial médico y estilo de vida de cada familia. La Ficha familiar se va utilizar para la visita a la comunidad y atención continua de las embarazadas, puérperas, niños y la familia en su conjunto, etc.
4	Elaboración de Croquis	Elaborar el croquis de cada comunidad de su Sector, indicando lugar y número de viviendas. Elaborar el listado de jefes de familia. Identificando la vivienda con el nombre del jefe de familia, esto va permitir ubicar a las embarazadas, las puérperas y post natales en cada comunidad.
5	Realización de Diagnostico Comunitario	Analizar la situación de los problemas de salud e identificar las personas que podrían involucrarse en las actividades de promoción de salud y otras necesidades de la comunidad.
6	Capacitación de Plan Parto	Capacitar sobre el Plan de Parto para promover el parto seguro durante la APN a la mujer embarazada e involucrando a la familia y la comunidad.
7	Ejecución de Plan Parto	Ejecutar el Plan de Parto según la organización de la comunidad. La embarazada se prepara para recibir la APN y el parto seguro. La comunidad se prepara para el traslado en situaciones de emergencia con la RC y la familia. La RC debe compartir el plan que se ha negociado con la embarazada al personal de salud, para atender los riesgos y hacer la referencia oportuna a la CM.
8	Elaboración y ejecución del Plan de Salud del Sector	Elaborar el Plan de Salud por cada Sector por el ESAFC, que servirá para dar seguimiento y evaluar las acciones acordadas para mejorar las condiciones de vida de las familias y las comunidades del Sector.
9	Reunión a iniciativa de la RC	Reunir mensualmente a la RC a iniciativa propia para abordar problemas de acuerdo a sus necesidades y lograr en ellos apropiación y articulación para resolver sus problemas.
10	Elaboración de Plan de actividades por la RC	Elaborar un plan de actividades que puedan realizar por esfuerzo propio de la comunidad.
11	Ejecución de actividades planificadas de la RC	Ejecutar las actividades planificadas por la RC con apoyo de su comunidad.
12	Evaluación de las actividades de la RC	Evaluar las actividades realizadas por la RC identificando limitaciones y fortalezas.
13	Intercambio de experiencias con otros Sectores del ESAFC	Realizar intercambio de experiencias con diferentes Sectores con participación de los ESAFC donde los Municipios apoyan la organización y la coordinación de estas reuniones.

Las actividades del ESAFC de los Sectores Pilotos del Proyecto como la Reunion Mensual del Sector, se acompañó cuando fué posible por los tecnicos del municipio y expertos o asistentes tecnicos del Proyecto para monitorear y dar asistencia técnica. En base a los resultados de las actividades en los Sectores Pilotos durante un año, se revisó y modificó el contenido y su procedimiento. (Ver el Cuadro 18). Con todas las modificaciones de las actividades se elaboró la Guía de las actividades del ESAFC como Primera Versión. En el Cuadro 19, se especifica la Comparación de las modificaciones. En enero del 2017 se capacitó a los Directores de los Municipios y los facilitadores municipales y a partir de febrero del 2017 se implementó en los 162 Sectores de Salud de los 14 Municipios.

Cuadro 18. Modificación de las actividades del ESAFC (Primera Versión, se elaboró en diciembre del 2016)

No	Actividades	Resumen de las actividades y objetivos
1	Identificación de miembros de la Red Comunitaria	Colocar en un lugar visible en el local de la sede del Sector de Salud, el listado de la RC por cada comunidad, para informar a la gente a quién pueden abocarse para buscar ayuda.
2	Reunión Mensual del Sector	Reunir a la RC para coordinar visitas a las comunidades, retroalimentar información de las embarazadas, actividades de Promoción en Salud en la comunidad, planificar e intercambiar las informaciones con el personal de salud, consensuar acuerdos, etc.
3	Capacitación sobre el MOSAFC	El personal de salud del ESAFC realiza una capacitación global sobre el MOSAFC y sobre las actividades del ESAFC, como prevención de las enfermedades, mejoramiento de la salud, atención ambulatoria, rehabilitación, Promoción de la Salud y otros servicios de salud.
4	Elaboración del Croquis de las Comunidades y el Sector	Elaborar el croquis de cada comunidad de su Sector, indicando lugar y número de viviendas. Elaborar listado de jefes de familia. Identificando la vivienda con el nombre del jefe de familia, esto va permitir ubicar a las embarazadas, las púérperas y post natales en cada comunidad.
5	Capacitación de Plan de Parto	Capacitar sobre el Plan de Parto para promover el parto seguro durante la APN a la mujer embarazada e involucrando a la familia y la comunidad.
6	Ejecución de Plan de Parto	Ejecutar el Plan de Parto según la organización de la comunidad. La embarazada se prepara para recibir la APN y el parto seguro. La comunidad se prepara para el traslado en situaciones de emergencia con la RC y la familia. La RC debe compartir el plan que se ha negociado con la embarazada al personal de salud, para atender los riesgos y hacer la referencia oportuna a la CM.
7	Ejecución de actividades básicas mediante visita comunitaria	Elaborar el plan de salud en cada Sector por el ESAFC, que servirá para dar seguimiento y evaluar las acciones acordadas del MINSA para mejorar las condiciones de vida de las familias y las comunidades del Sector.
8	Elaboración y	Visitar la comunidad para llenar/actualizar las HSF según numeración

	actualización de la Historia de Salud Familiar (en adelante “HSF”).	de cada croquis elaborado de las comunidades en su Sector. Utilizar las HSF con los croquis cuando visita las comunidades, verificación de los hogares que tengan embarazadas y niños menores de 2 años de edad, atención continua y otros servicios de salud.
9	Realizar el Análisis de situación de Salud y Diagnóstico del Nivel Local	Analizar la situación de salud en base a los problemas de salud e identificar las personas que podrían involucrarse en las actividades de Promoción de Salud y otras necesidades de la comunidad. Realizar Diagnóstico del Nivel Local cuando estén disponibles las HSF.
10	Plan de actividades por el ESAFC	Elaborar un plan de actividades en base al análisis de la Situación de Salud y Diagnóstico del Nivel Local que puedan realizar por esfuerzo propio del ESAFC.
11	Ejecución de las actividades planificadas del ESAFC	Ejecutar las actividades planificadas por la iniciativa del ESAFC con apoyo de la gente de las comunidades.
12	Evaluación de las actividades del ESAFC	Evaluar las actividades realizadas por el ESAFC identificando limitaciones y fortalezas.
13	Intercambio de experiencias con otros Sectores	Realizar intercambio de experiencias con diferentes sectores con participación de los ESAFC donde los Municipios apoyan la organización y la coordinación de estas reuniones.

Cuadro 19. Comparación de las modificaciones de las actividades del ESAFC

No.	Las actividades del ESAFC		Contenidos de las modificaciones y motivo de los cambios
	Actividades en prueba que iniciaron en enero del 2016	Actividades actualizadas en diciembre del 2016	
1	Elaboración de la lista de la RC	Identificación de miembros de la Red Comunitaria	Se modificó de “elaboración” a “identificación de miembros”
2	Reunión Mensual de la RC	Reunión Mensual del Sector	“Actual 2” incluye “Antes 9” que está integrado
3	Elaboración de ficha familiar	Capacitación sobre el MOSAFC	“Antes 3” se trasladó a “Actual 8” “Actual 3” es agregar método de MOSAFC
4	Elaboración de Croquis	Elaboración del Croquis de las Comunidades y el Sector	Se ha especificado.
5	Realización de Diagnostico Comunitario	Capacitación de Plan de Parto	“Antes 6” se traslada a “Actual 9” “Actual 6” viene de “Antes 6”
6	Capacitación de Plan Parto	Ejecución de Plan de Parto	“Antes 6” se traslada a “Actual 5” “Actual 6” viene de “Antes 7”
7	Ejecución de Plan Parto	Ejecución de actividades básicas mediante visita comunitaria	“Antes 7” se traslada a “Actual 6” “Actual 7” viene de “Antes 8” y se ha quitado del “Plan”.
8	Elaboración y ejecución del	Elaboración y actualización de	“Antes 8” se traslada a “Actual 7”

	Plan de Salud del Sector	la HSF	“Actual 8” viene de “Antes 3”
9	Reunión a iniciativa de la RC	Realizar el Análisis de Situación de Salud y Diagnóstico del Nivel Local	“Antes 9” se integra a “Actual 2” “Actual 9” viene de “Antes 5” y agregó “Análisis de Situación”
10	Elaboración de Plan de actividades por la RC	Plan de actividades por el ESAFC	Se ha modificado, porque no solo es actividad de RC, sino también del ESAFC.
11	Ejecución de actividades planificadas de la RC	Ejecución de las actividades planificadas del ESAFC	Se ha modificado, porque no solo es actividad de RC, sino también del ESAFC.
12	Evaluación de las actividades de la RC	Evaluación de las actividades del ESAFC	Se ha modificado, porque no solo es actividad de RC, sino también del ESAFC.
13	Intercambio de experiencias con otros Sectores del ESAFC	Intercambio de experiencias con otros Sectores	No ha cambiado.

En la Fase 2, las actividades del ESAFC se implementaron en los 161 Sectores de Salud de los 14 Municipios, y el Proyecto se modificó donde hubo más inquietudes del personal de salud, los títulos, las expresiones de cada actividad se corrigieron con palabras simples y realistas para obtener un contenido más claro en la segunda Versión de la Guía Básica de las actividades del ESAFC con 52 páginas (Cuadro 20). Ver la Figura 14.

Cuadro 20. Modificación de las Actividades del ESAFC (Versión 2, implementadas, marzo del 2019)

No	Actividades	Resumen de las actividades y objetivos
1	Conocimiento de la Red Comunitaria	El personal de salud del Sector conoce y ubica a los miembros de la RC, en caso de faltar miembro de RC se selecciona otro miembro y se elabora la lista de la RC para colocar en un lugar visible de la sede del Sector.
2	Reunión Mensual del Sector de Salud	La reunión mensual del Sector de Salud es un espacio donde interactúa el personal de salud y la RC para planificar las actividades por un mes como visita a comunidad, vigilancia de embarazada y actividades de promoción. Y evalúa las actividades ejecutadas del mes. Además, es un espacio para intercambiar información de las comunidades y retroalimentación de las actividades realizadas.
3	Capacitación sobre el MOSAFC	El personal de salud del ESAFC realiza una capacitación global sobre el MOSAFC y sobre las actividades del ESAFC, como prevención de las enfermedades, mejoramiento de la salud, atención ambulatoria, rehabilitación, Promoción de la Salud y otros servicios de salud.
4	Elaboración de Croquis de las comunidades y el Sector de Salud	Elaborar el croquis de cada comunidad del sector, indicando lugar y número de viviendas. Elaborar listado de jefes de familia. Identificando la vivienda con el nombre del jefe de familia, esto va permitir ubicar a las embarazadas, las puérperas y post natales en

		cada comunidad.
5	Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	Capacitar sobre el Plan de Parto para promover el parto seguro durante las atenciones prenatales a la mujer embarazada e involucrando a la familia y la comunidad. El contenido incluye Signos de peligros durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, método de Canguro y Planificación Familiar.
6	Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de Censo Gerencial y Próximas a Parir	Utilizando el CG para que la embarazada se prepara para recibir la APN y el parto seguro. La comunidad se prepara para el traslado en situaciones de emergencia con la RC y la familia. La RC debe compartir el plan que se ha negociado con la embarazada al personal de salud, para atender los riesgos y hacer la referencia oportuna a la CM.
7	Planificación y ejecución de actividades básicas del Sector de Salud	Elaborar el plan de salud en cada Sector por el ESAFC, que servirá para dar seguimiento y evaluar las acciones acordadas del MINSA para mejorar las condiciones de vida de las familias y las comunidades del Sector.
8	Llenado y Actualización de la HSF	Visitar la comunidad para llenar/actualizar las HSF como información básica de la estructura familiar, entorno de vida, antecedentes médicos y el estilo de vida. Utilizar las HSF para la verificación de los hogares que tengan embarazadas y niños menores de 2 años, atención continua y otros servicios de salud.
9	Análisis de Situación de Salud y Diagnóstico de la Comunidad y el Sector de Salud	Con la iniciativa de la RC se analiza sobre problemas de salud y riesgos en base a los recursos humano y materiales existentes para utilizar actividades de mejoramiento de salud. Esta herramienta sería considerar las actividades basadas en las necesidades de RC.
10	Planificación de las actividades por el ESAFC según Análisis de Situación de Salud	Personal de salud apoya la planificación de actividades por iniciativa del ESAFC según análisis del Sector de Salud y comunidades.
11	Ejecución de las actividades planificadas por el ESAFC	El ESAFC ejecuta las actividades planificadas a iniciativa de la RC, teniendo como protagonistas principales a la RC y la comunidad con apoyo del personal de salud del Sector.
12	Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC	Autoevaluar las actividades realizadas por el ESAFC con los ejecutores. Luego en la reunión del Sector comparte el resultado de la evaluación con otros miembros de la RC.
13	Intercambio de experiencias con otros sectores	Realizar intercambio de experiencias con diferentes sectores con participación de los ESAFC donde los Municipios apoyan la organización y la coordinación de estas reuniones.



Figura 14. Guía Básica del ESAFC (Izquierda: Primera versión, Derecha: Segunda versión) para la segunda versión ver Anexo ⑫

(Actividad 2-3) Elaborar planes de capacitación para los ESAFC con el fin de implementar las actividades de la Salud Materno-Infantil en comunidades.

【Logros】

Con el resultado de la implementación de las 13 actividades básicas del ESAFC en los Sectores Pilotos, en la reunión de la cuarta Evaluación Semestral y Taller en febrero del 2017, los 14 Municipios planificaron la implementación de las 13 actividades, ver Cuadro 21. Los Municipios capacitaron con la primera versión de la Guía Básica de las actividades del ESAFC al personal de salud de sus Sectores, luego iniciaron las actividades.

Cuadro 21. Plan de implementación de las actividades básicas del ESAFC (2017)

Municipio	Act 1	Act 2	Act 3	Act 4	Act 5	Act 6	Act. 7	Act 8	Act 9	Act 10	Act 11	Act 12	Act 13
Juigalpa	Feb	Mar	Mar	Feb	May	Jun	Abr	Feb	Jun	Jul	Jul	Nov	Dic
Comalapa	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
Cuapa	Feb	Mar	Mar	Mar	Abr	Jun	Mar	Mar	May	Mar	Jun	May	Jun
Acoyapa	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
Villa Sandino	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
Santo Tomás	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
San Pedro de Lóvago	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
La Libertad	Mar	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	May	May	May	May	May	Ago
Santo Domingo	Mar	Mar	Mar	Abr	May	May	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Sep	Dic
El Ayote	Mar	Mar	Mar	Abr	Abr	Abr	Mar	Mar	Jul	Abr	May	Oct	Dic
Nueva Guinea	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Feb	Mar	Feb	Mar
El Rama	Mar	Mar	Mar	Jun	Abr	May	Mar	Jun	Abr	May	Jun	Jul	Ago
El Coral	Mar	Mar	Mar	Jun	Abr	May	Mar	Jun	Abr	May	Jun	Mar	Jun

Muelle de los Bueyes	Feb	Feb	Mar	Mar	Feb	Mar	Mar	Abr	Mar	Mar	Abr	Mar	Abr
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(Actividad 2-4) Implementar la capacitación a los ESAFC en los Municipios Pilotos conforme el plan de capacitación y crear la estructura de capacitación, así como el Modelo de Fortalecimiento de Salud con Participación Ciudadana.

【Logros】

El Proyecto y los departamentos de Servicios de Salud de ambos SILAIS elaboraron la Guía Básica de actividades del ESAFC basado en las normativas con 40 páginas (Actividad 2-2) . La capacitación de la Guía Básica se incorporó en el Programa de capacitación de SMI que inició en enero del 2017 para el personal de salud de 161 Sectores de Salud. Luego los municipios capacitaron a médicos y enfermeras en servicio social y auxiliar de enfermería de nuevo ingreso que se incorporan en abril de cada año. Además de la Capacitación, los municipios acompañado con los tecnicos de los SILAIS realizan la evaluación trimestral de las actividades del ESAFC. En la evaluación trimestral los municipios y los sectores discuten los problemas encontrados y se elabora el plan de mejoramiento. Con estos procesos de la capacitación, evaluación y monitoreo se sistematizó el ciclo de PHVA para mejorar y fortalecer las actividades del ESAFC. Figura 15. Esquema de las 13 actividades de la Guía Básica para Fortalecer el Trabajo del ESAFC, actualizado en marzo del 2019.



Figura 15. 13 actividades básicas del ESAFC (La Guia Básica versión 2)

Estas experiencias de las actividades básicas del ESAFC se presentaron en el Seminario Nacional para otros 17 SILAIS del país en abril del 2019. También se ha presentado como una de las Buenas Prácticas de Nicaragua en el Panel de “Participación Comunitaria en la APS como elementos del Cuidado Integral en Salud” del Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria en marzo del 2019.

Resultado 3. La capacidad administrativa de los SILAIS en el control de la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años está fortalecida.

(Actividad 3-1) Crear el marco de monitoreo y evaluación de los servicios de Salud Materno-Infantil prestados por los establecimientos de salud.

【Logros】

Mediante la ejecución del Estudio CAP se encontró debilidades al comparar la lista de mujeres a encuestar que parieron en el año 2014, por falta de coincidencia de registro en el CG. Por tal razón, se realizó acompañamiento técnico de los SILAIS y equipo del Proyecto para mejorar el registro y análisis de los datos de SMI en los Sectores Pilotos. En la Tercera reunión de la Evaluación Semestral en agosto del 2016 se presentó la importancia de realizar los Acompañamientos Técnicos para mejorar el registro de datos de SMI y su análisis. El Proyecto sugirió realizar los Acompañamientos Técnicos a los 14 Municipios; por esta razón, se acordó el plan de ejecución semestral. Ver Cuadro 22.

Cuadro 22. Contenido de los Acompañamientos Técnicos.

① Acompañamiento Técnico por el SILAIS	<ul style="list-style-type: none"> ● El SILAIS participa en los acompañamientos técnicos que realiza el Municipio a su Sector de Salud, por lo menos una vez cada tres meses. ● Se aplica el Estándar de Calidad para revisar el registro de expedientes y se orienta para mejorar la calidad de atención.
② Reunion de Análisis de datos en los Municipios	<ul style="list-style-type: none"> ● Todas las semanas se analiza y compara el alcance de la meta establecida por el MINSA; utilizando CG, informe epidemiológico, registro de actividades del MINSA ● Todos los meses los Sectores de Salud presentan sus actividades realizadas y analizan los problemas para buscar posibles soluciones. Además, comparten las Buenas Prácticas.
③ Registro correcto y análisis de datos	<ul style="list-style-type: none"> ● Director y estadística del Municipio revisan los datos presentados por el Sector de Salud. ● El encargado de Estadística del Municipio visita a los Sectores de Salud para revisar la calidad de datos y cuando es necesario se orienta para mejorar.

Ambos SILAIS ejecutaban el Acompañamiento Técnico, sin embargo, dirigían su trabajo o prioridades orientados a los programas o componentes y no lo hacían integralmente. En enero del 2017 se realizó el ATI en conjunto con la DGSS y los SILAIS para verificar duración, número de participantes, temas y metodología del Acompañamiento.

El Comité Técnico de SMI y el Proyecto se elaboró e implementó el Material de Apoyo para mejorar la calidad de la evaluación de los resultados de la Capacitación en forma de cascada durante la APN y VPCD. En octubre del 2017 la DGSS aprobó el Material de Apoyo de APN y VPCD y se distribuyó a los SILAIS y Municipios. Dicho Material de Apoyo explica sobre la aplicación de la herramienta de evaluación de calidad. Se inició la implementación del Material de Apoyo en los ATI. Los aspectos a revisar con el uso del Material de Apoyo se describen en el Cuadro 23.

Cuadro 23. Comparación del ejemplo de acción del evaluador(a) sin uso de material de apoyo y con uso del material de apoyo

Criterio		Acción del evaluador(a) sin material de apoyo	Acción de evaluador(a) con material de apoyo
Actividades Básicas durante la Atención Prenatal (HCP)	Antecedentes Personales y Obstétricos	<p>Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre interpretación del resultado de Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.</p> <p>Se encontraron diferencias de resultados según el perfil o nivel del evaluador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar en la Historia Clínica Perinatal (HCP) la primera APN si hay registro correcto sobre el resultado de Antecedentes Familiares, Personales, Obstétricos y fin del embarazo anterior. 2. Confirmar en el expediente clínico en la primera APN si hay registro sobre resultado de Antecedentes Familiares, Personales, Obstétricos y fin del embarazo anterior en el avalúo de la atención, mencionando si hay o no antecedentes personales u obstétricos en caso de que viene de otro lugar como subsecuente. 3. Confirmar mencionado arriba “2” si hay llenado correcto y adecuado sobre resultado e interpretación.
	Determinación e Interpretación de Presión Arterial	<p>Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre interpretación y análisis de los resultados de la presión arterial.</p> <p>Se encontraron diferencias de resultados según el perfil o nivel del evaluador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar en el expediente clínico de la primera APN si hay registro sobre interpretación del resultado de la presión arterial (PA). 2. Confirmar en el expediente clínico en todas las APN si hay registro sobre interpretación y análisis de los resultados de cifras de PA. 3. Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre comparación con los resultados de (PA) de APN anteriores e interpretación.
VPCD	Peso	<p>Confirmar en el expediente clínico si hay registro del peso.</p> <p>Se encontraron diferencias de resultados según el perfil o nivel del evaluador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar en el expediente clínico en la última atención de VPCD si hay registro del peso.
	Clasificar el estado nutricional	<p>Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre interpretación de</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre interpretación de indicadores de crecimiento Peso /Longitud-Talla, Talla-

	<p>indicadores de crecimiento Peso /Longitud-Talla, Talla- Longitud/Edad, Peso/Edad.</p> <p>Se encontraron diferencias de resultados según el perfil o nivel del evaluador.</p>	<p>Longitud/Edad, Peso/Edad e IMC/Edad y Perímetro cefálico en la última atención de VPCD.</p> <p>2. Confirmar en el expediente clínico si hay registro sobre Clasificación del estado nutricional.</p>
--	---	---

Con la aplicación del Material de Apoyo, se unificó la metodología, los criterios de la evaluación y los registros a revisar y se logró la revisión de Estándares de Calidad de forma precisa y eficiente. Se ha implementado desde octubre del 2017. En marzo del 2019 con la última revisión de la DGSS se elaboró el Material de Apoyo como muestra la Figura 16.



Figura 16. Material de Apoyo para el Monitoreo a Nivel de ESAFC (Versión 2019) Anexo ⑭

(Actividad 3-2) Ejecutar monitoreo y evaluación con base en este marco y retroalimentar los resultados.

【Logros】

En la Fase 1 desde septiembre del 2017, los municipios se inició la validación del ATI. En febrero del 2018, en la Quinta Reunión de la Evaluación Semestral y Taller se estableció un límite de tiempo (4 horas), número de participantes, contenidos, etc.

En los CTOD y Consejo Técnico de Servicios de Salud (en adelante “CTSS”), se informa y se analizan los resultados de los ATI ejecutados y se realiza intercambio de opiniones en los CTAD y CTAM para buscar posibles soluciones para mejorar. En ambos SILAIS se está promoviendo y desarrollando las actividades del ATI a los Municipios y los Sectores de Salud.

El ATI lo ejecuta basicamente el Municipio a sus Sectores de Salud y el SILAIS supervisa el proceso. Por tanto, en alguna ocasión no acompaña el SILAIS. El personal del equipo de conducción municipal que realiza el acompañamiento revisa y orienta los temas establecidos, aunque no sean de su especialidad o cargo y elabora el acta que detalle la fecha y hora, participantes, hallazgos, plan de mejora y acuerdos para que pueda compartir la información de la actividad y hacer el seguimiento.

(Actividad 3-3) Elaborar el plan de ejecución de la supervisión de soporte a los servicios de la Salud Materno-Infantil de los establecimientos de salud.

【Logros】

En la norma existente del MINSA, los Municipios deben realizar CTOM y participar el personal de la dirección semanalmente y en los CTAM participar todos los Sectores de Salud mensualmente. Antes del Proyecto se realizaban CTOM no periódicamente y la mayoría de temas abordados eran sobre logística. En el resultado de la LB del Proyecto se observó que no realizaban el análisis de los datos de SMI en CTOM y CTAM. Por tanto, a partir de noviembre del 2017 para visualizar el avance de los indicadores de salud, se implementó un formato de presentación para análisis del avance de las actividades de los 14 Municipios. El formato se utiliza en PowerPoint y los contenidos son: ① Resumen del Sector de Salud (Mapa y datos generales), ② Los indicadores del Sistema de Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (en adelante “SIGRUN”), (29 ítems prioritarios), ③ Avance de las actividades básicas del ESAFC (por Comunidad), ④ Plan de actividad, ⑤ Avance de las actividades. Los técnicos de los SILAIS acompañan a los Municipios mensualmente.

(Actividad 3-4) Ejecutar la supervisión de soporte con base en el plan, y retroalimentar los resultados.

【Logros】

Se estableció la participación del SILAIS a los CTAM. Y se retroalimenta y analiza el resultado de CTAM en CTSS, los resultados de análisis de CTSS se comparte en CTAD.

【Cambios antes y después de la participación de SILAIS a CTAM】

Antes : Aunque hubo un seguimiento por responsabilidad de cada personal, no se estableció ni se implementó un método sistemático.

Después: Cada SILAIS ha establecido personas responsables del acompañamiento a los Municipios. Con el acompañamiento del SILAIS en los CTAM, se puede monitorear las actividades del Sector de Salud y las metas establecidas. Además, cuando se encuentran los hallazgos en las actividades de acompañamiento, se pueden analizar los problemas y buscar posibles soluciones con todos los participantes.

【Cambios antes y después de la ejecución periódica del ATI y participación del SILAIS】

Antes : Había acompañamiento de cada programa, sin embargo no se implementaba un método integral.

Después : Se ha revisado y corregido los registros inadecuados en expedientes, inventarios y actas de las actividades realizadas en los Sectores de Salud. Cuando se encuentra un hallazgo al momento del acompañamiento los participantes buscan la solución y se consensua con los participantes, la fecha razonable de cumplimiento. Luego se hace el seguimiento del mismo. La metodología de acompañamiento y seguimiento para el cumplimiento de actividades como el llenado correcto de la hoja ambulatoria de atención, registro correcto del Anexo 2 de la Norma 068 y diagnóstico de pacientes en la Referencia y Contrarreferencia y otros registros, esto apoya el cumplimiento de la Meta de la PDM 1-3,1-4.

【Cambios antes y después de la implementación del Material de Apoyo】

Antes : Había diferencia de atención, diagnóstico y análisis de datos del personal de salud y discrepancia en el resultado de la aplicación de Estandar de Calidad entre SILAIS y Municipios.

Después : A través de la implementación del Material de Apoyo de HCP y VPCD, se unificó el método de

análisis del registro en el expediente y del indicador de crecimiento que utiliza los datos básicos como edad, talla y peso. Luego, se distribuyó el Material de Apoyo a todos los Sectores de Salud para utilizarse en auto evaluación. Los Municipios y los SILAIS lo utilizan en el ATI para verificar si los servicios de salud se prestan adecuadamente, en caso de encontrar deficiencias, brinda orientación para mejorar.

(Actividad 3-5) Crear el marco de monitoreo y evaluación de las actividades de la Salud Materno-Infantil implementadas por los ESAFC en las comunidades.

【Logros】

En la reunión de la evaluación semestral y taller en febrero del 2016, se acordaron las evidencias para verificar los avances de las actividades como los registros y productos. Se evaluó cada 4 meses en el año, utilizando el Marco de Monitoreo de las actividades del ESAFC cuantificando numéricamente con un puntaje de 0 a 4 y estableciendo 5 rangos de calificaciones: “No iniciado, Iniciado, Bueno, Avanzado y Excelente” con coloración para visualizar el avance. Este Marco de Monitoreo se validó en todos los Sectores de Salud del área objetivo del Proyecto y se confirmó su funcionamiento. En diciembre del 2018 se revisó y modificó las Evidencias para monitorear el avance de las actividades del ESAFC (Cuadro 24) y el marco de Monitoreo de las actividades del ESAFC (Cuadro 25) en base a las experiencias y conocimientos adquiridos en la ejecución.

Cuadro 24. Evidencias para monitorear el avance de las actividades de ESAFC (Guía Básica versión 2)

Actividades del ESAFC		Evidencias Necesarias
1	Conocimiento de la Red Comunitaria	Listado de la RC de todas las comunidades, con al menos un miembro activo por comunidad.
2	Reunión Mensual del Sector de Salud	Libro de acta de las reuniones mensuales debe llevar el contenido sobre la “Estructura del acta de reunión mensual”.
3	Capacitación sobre el MOSAFC	Elaboración del acta sobre la capacitación con el listado y firma de participantes. Especificar qué tema del MOSAFC se abordó.
4	Elaboración de Croquis de las comunidades y el Sector de Salud	Croquis pegado en un lugar visible de la unidad de salud y expediente comunitario con número de viviendas y listado de jefes de familia.
5	Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	Elaboración del acta sobre reforzamiento de Plan de Parto y/o Círculo de Embarazadas que contenga el tema abordado, con el listado y firma de participantes.
6	Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de Censo Gerencial y Próximas a Parir	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Censo Gerencial actualizado. ➤ En el libro de acta de la reunión mensual donde se registra Vigilancia Comunitaria (embarazadas, puérperas y postnatales). ➤ Lista de Brigada de Transporte de Emergencia en comunidades rurales.
7	Planificación y ejecución de actividades básicas del Sector de	Resumen en el libro de actas de cada actividad realizada de acuerdo a la programación en la reunión mensual con nombre y firma de los participantes.

	Salud	(cada personal de salud debe planificar 8 salidas a terreno por mes)
8	Llenado y Actualización de la HSF	HSF de todas las comunidades que coincida con el número de familias existentes.
9	Análisis de Situación de Salud y Diagnóstico de la Comunidad y el Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de Análisis de Situación de Salud por Comunidad utilizando la “Hoja de Análisis de Situación de Salud”. ➤ Llenado del formato de Diagnóstico Comunitario ➤ Llenado del formato de Consolidado del Sector
10	Planificación de las actividades por el ESAFC según Análisis de Situación de Salud	Planificación de las actividades resultantes del Análisis de Situación de Salud en conjunto con la RC, con registro en el libro de acta y firma de participantes.
11	Ejecución de las actividades planificadas por el ESAFC	Registro de las actividades ejecutadas con evidencia en libro de acta con nombre y firma de participantes.
12	Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro de las actividades evaluadas en terreno con evidencia en el libro de acta con nombre y firma de participantes. ➤ Resumen en el libro de acta de la reunión mensual donde se comparten los resultados de las actividades ejecutadas en el mes anterior.
13	Intercambio de experiencias con otros Sectores	Acta municipal de intercambio de experiencias con listado de participantes.

Cuadro 25. Marco de Monitoreo de las actividades del ESAFC (Guía Básica versión 2)

MARCO DE EVALUACION		Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	Actividad 4	Actividad 5	Actividad 6
Resultado	Puntaje	Conocimiento de la Red Comunitaria	Reunión Mensual del Sector de Salud	Capacitación sobre el MOSAFC	Elaboración de Croquis de las Comunidades y el Sector de Salud	Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de CG y Próximas a Parir
No iniciado	No hay evidencia	0	Menos de 25%	Menos de 25%	Menos de 25%	Menos de 25%	Menos de 25%
Iniciado	Hay evidencia de inicio	1	25% de las comunidades del sector tiene al menos 1 miembro activo de la RC por comunidad	Reunión realizada 25% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida	25% de las comunidades del sector se han capacitado, al menos un miembro de la RC por comunidad	25% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica	25% de las comunidades del sector con reforzamiento, al menos un miembro de la RC por comunidad y 20% embarazadas de zona urbana en Círculo
Bueno	2	50% de las comunidades del sector tiene al menos 1 miembro activo de la RC por comunidad	Reunión realizada 50% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida	50% de las comunidades del sector se han capacitado, al menos un miembro de la RC por comunidad	50% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica	50% de las comunidades del sector con reforzamiento, al menos un miembro de la RC por comunidad y 40% embarazadas de zona urbana en Círculo	50% de las comunidades con CG actualizado, Vigilancia Comunitaria y lista de Brigada de Transporte Emergencia
Avanzado	3	75% de las comunidades del sector tiene al menos 1 miembro activo de la RC por comunidad	Reunión realizada 75% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida	75% de las comunidades del sector se han capacitado, al menos un miembro de la RC por comunidad	75% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica	75% de las comunidades del sector con reforzamiento, al menos un miembro de la RC por comunidad y 60% embarazadas de zona urbana en Círculo	75% de las comunidades con CG actualizado, Vigilancia Comunitaria y lista de Brigada de Transporte Emergencia
Excelente	4	100% de las comunidades del sector tiene al menos 1 miembro activo de la RC por comunidad	Reunión realizada 100% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida	100% de las comunidades del sector se han capacitado, al menos un miembro de la RC por comunidad	100% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica	100% de las comunidades del sector con reforzamiento, al menos un miembro de la RC por comunidad y 80% embarazadas de zona urbana en Círculo	100% de las comunidades con CG actualizado, Vigilancia Comunitaria y lista de Brigada de Transporte Emergencia

	Actividad 7	Actividad 8	Actividad 9	Actividad 10	Actividad 11	Actividad 12	Actividad 13
Actividad	Planificación y ejecución de actividades básicas del Sector de Salud	Llenado y actualización de Historia de Salud Familiar	Análisis de Situación de Salud y Diagnóstico de la Comunidad y el Sector de Salud	Planificación de las actividades por el ESAFC según Análisis de Situación de Salud	Ejecución de las actividades planificadas por el ESAFC	Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC	Intercambio de experiencias con otros sectores
No iniciado	Cumplimiento menos de 20%	No iniciado 100% de las comunidades	No analizado 100% de las comunidades	No planificado ninguna comunidad	No ejecutado ninguna actividad en tres meses	Falta de evidencia mencionada	Sectores que no participan
Iniciado	20% de las actividades programadas del trimestre fueron ejecutados	Iniciado el llenado de HSF en todas (100%) las comunidades del sector	Análisis de Situación de Salud de todas (100%) las comunidades	Por lo menos 1 comunidad del sector presenta planificación de actividades	Ejecución de al menos 1 actividad planificada en el Sector de Salud	Evaluada en terreno e intercambio en la Reunión mensual por lo menos 1 actividad ejecutada en el Sector de Salud	25% de Sectores de Salud participaron en el intercambio
Bueno	40% de las actividades programadas del trimestre fueron ejecutados	Mayor del 50% de comunidades del sector con HSF llenado y actualizado	Mayor de 50% de comunidades con Diagnóstico Comunitario y 100% de Análisis de Situación de Salud	25% de comunidades del sector presenta planificación de actividades	Ejecución de al menos 2 actividades planificadas en el Sector de Salud	Evaluada en terreno e intercambio en la Reunión mensual por lo menos 2 actividades ejecutadas en el Sector de Salud	50% de Sectores de Salud participaron en el intercambio
Avanzado	60% de las actividades programadas del trimestre fueron ejecutados	Mayor de 75% de comunidades del sector con HSF llenado y actualizado	Mayor de 75% de comunidades con Diagnóstico Comunitario y 100% de Análisis de Situación de Salud	50% de comunidades del sector presenta planificación de actividades	Ejecución de al menos 3 actividades planificadas en el Sector de Salud	Evaluada en terreno e intercambio en la Reunión mensual por lo menos 3 actividades ejecutadas en el Sector de Salud	75% de Sectores de Salud participaron en el intercambio
Excelente	80% de las actividades programadas del trimestre fueron ejecutados	100% llenado y actualizado de HSF en las comunidades del sector	100% de comunidades con Diagnóstico Comunitario, Análisis de Situación de Salud y Consolidado del Sector	75% de comunidades del sector presenta planificación de actividades	Ejecución de al menos 4 actividades planificadas en el Sector de Salud	Evaluada en terreno e intercambio en la Reunión mensual por lo menos 4 actividades ejecutadas en el Sector de Salud	100% de Sectores de Salud participaron en el intercambio

(Actividad 3-6) Ejecutar monitoreo y evaluación en base a este marco y retroalimentar los resultados.

【Logros】

En marzo del 2017 se culminó la capacitación de la Guía Básica de actividades del ESAFC a personal de salud de los 14 Municipios y se implementó la Guía Básica en 161 Sectores de Salud. Cada personal de salud del Sector registran las evidencias de cada actividad como Acta de reunión, Plan e informe de actividades, etc.

Los Municipios realizaron la evaluación trimestralmente con acompañamiento del SILAIS. En el momento de la evaluación el Municipio orienta las actividades de acuerdo a los hallazgos identificados en el Sector de Salud y se toman acuerdos conjuntos para la mejora continua. Los resultados de las actividades del ESAFC por trimestre del 2017 al 2018 se detallan en el Cuadro 26.

Cuadro 26. Evaluación trimestral de las actividades del ESAFC

SILAIS Chontales	Acoyapa	Comalapa	Cuapa	El Ayote	Juigalpa	La Libertad	San Pedro de Lóvago	Santo Domingo	Santo Tomás	Villa Sandino	Puntaje Promedio	
2017	Junio	17.5	13.1	23.4	17.0	4.2	14.7	14.5	33.6	16.5	11.8	16.6
	Septiembre	36.2	32.2	26.0	33.4	22.0	20.8	16.7	32.4	20.0	16.3	25.6
	Diciembre	40.0	42.2	35.0	36.8	36.2	30.9	25.8	47.8	28.2	32.7	35.6
2018	Marzo	44.3	47.3	37.8	45.5	36.5	41.4	40.2	45.8	40.3	34.3	41.3
	Junio	46.3	42.8	45.2	50.1	31.5	32.9	41.5	48.8	33.1	29.2	40.1
	Septiembre	44.9	49.9	41.8	50.5	34.5	31.5	45.0	43.4	44.4	32.0	41.8

SILAIS Zelaya Central		El Coral	El Rama	Muelle de los Bueyes	Nueva Guinea	Puntaje Promedio	Puntaje promedio de 14 Municipios (máximo 52 puntos)
2017	Junio	17.8	12.5	19.2	20.9	17.6	
	Septiembre	21.8	22.5	29.5	30.2	26.0	25.7
	Diciembre	33.0	30.5	31.9	46.2	35.4	35.5
2018	Marzo	44.4	38.6	35.7	45.5	41.1	41.3
	Junio	38.0	47.5	29.6	30.1	36.3	39.1
	Septiembre	48.2	47.6	46.6	48.3	47.7	43.5

No iniciado	0-9.9	■
Iniciado	10.0-19.9	■
Bueno	20.0-29.9	■
Avanzado	30.0-39.9	■
Excelente	40.0-52.0	■

(Actividad 3-7) Elaborar el plan de ejecución de la supervisión de soporte a las actividades de la Salud Materno-Infantil implementadas por los ESAFC en las comunidades.

【Logros】

En la Fase 1 en las actividades de los Sectores Pilotos acompañaban mensualmente los expertos japoneses y/o los Asistentes Técnicos del Proyecto con miembros del equipo de dirección de los SILAIS y/o Municipios. Para la ampliación a los 161 Sectores de Salud se dificultó acompañar todos los Sectores. Por lo tanto se implementó lo siguiente metodología:

- ① En CTAM mensual se implementó un formato en presentación de PowerPoint que elaboró el Proyecto cual facilita de forma visual el análisis de los datos de las actividades del ESAFC comparando con el mes anterior.
- ② En los CTAM presenta un Sector de Salud con bajo cumplimiento y otro con alto cumplimiento.
- ③ La evaluación trimestral antes mencionado en las Actividad 3-5 y 3-6 basado las evidencias y el marco de monitoreo y evaluación.

Para implementar las actividades antes mencionadas, los SILAIS pudieron establecer la planificación de acompañamiento técnico, su ejecución y asesoramiento técnico.

(Actividad 3-8) Ejecutar la supervisión de soporte con base en el plan y retroalimentar los resultados.

【Logros】

En todos los Sectores de Salud se realizan las reuniones mensualmente con la RC para establecer la comunicación y confianza entre el personal de salud y la RC, como la Actividad # 2 de la Guía Básica de las actividades del ESAFC. Y se está realizando la planificación de actividades comunitarias, analisis de la ejecución e intercambio de opiniones. Los resultados de estas actividades retroalimenta a travez de CTAM y CTAD para los municipios y los SILAIS. También se elaboró el carnet de RC aprobado por el MINSA a miembros de la RC de los Sectores de Salud. ver Figura 17.



Figura 17. Carnet de RC

El Proyecto distribuyó camisetas y gorras con logos del MINSA, JICA y el Proyecto a miembros de la RC, sirviendo de incentivo, lo que contribuyó a elevar la motivación y sensibilización del trabajo de ellos.

(Actividad 3-9) Crear el marco de monitoreo y evaluación de los datos de la Salud Materno-Infantil de los establecimientos de salud.

【Logros】

En el Estudio de LB se revisó el método de recolección de los datos de SMI. Los datos que elaboran los Sectores los presentan al Municipio y luego al SILAIS. Sin embargo, en algunas ocasiones no se utilizan los datos e incluso se pierden los registros. En la tercera Evaluación y Taller semestral en agosto del 2016, se acordó que los municipios van a cotejar y analizar los datos generados por los Sectores en los CTAM con acompañamiento del SILAIS y utilizarlos para tomar decisiones en el mejoramiento de la SMI. Esta actividad está articulada con la Actividad 3-1 del PDM.

A partir de septiembre del 2016, se inició la presentación, análisis y retroalimentación de los datos de las mujeres próximas a parir, muertes perinatales, registro de Referencia y Contrarreferencia que registran los Sectores de Salud y los municipios consolidan y presentan en las reuniones de CTOD de los SILAIS. El contenido de los diferentes temas abordados en el ATI, se registran en el Cuadro 27.

Cuadro 27. Los Registros y el contenido del acompañamiento técnico

No	Registro	Contenido de orientación
1	CG	<ul style="list-style-type: none"> • Registro correcto, revisión diaria de los datos y su metodología de manejo por el ESAFC. • Revisión semanal y su metodología de manejo por el Municipio. • Acompañamiento Técnico por el Municipio y el SILAIS y su metodología de manejo. • Comparación del Libro de Seguimiento de vacunas y CG. • Revisión del tiempo adecuado de la Atención prenatal y referencia a CM u Hospital.
2	Listado de embarazadas próximas parir en 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del tiempo adecuado del APN y referencia a CM u Hospital. • Referencia oportuna (36 semanas) a la CM de las embarazadas que viven en zona rural. • Confirmación de la ubicación exacta de las embarazadas después de 36 semanas de gestación y registro de la atención del puerperio y recién nacido.
3	Registro de Referencia y Contrarreferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del flujograma para el manejo de los registros y el proceso de traslado del paciente. • Revisión del marco de registro del contenido y el mejoramiento del registro de datos. • Revisión del informe con formatos vigentes de Referencia y Contrarreferencia.
4	Acta de reunión mensual de Sector de	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del acta de reunión mensual como acuerdos, actividades y participación de RC

	Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de ejecución de elaboración de plan, su ejecución y evaluación de las actividades con iniciativa del ESAFC
5	Libro de Seguimiento de vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Concordancia y coherencia del registro, basado en el CG y el recién nacido.

(Actividad 3-10) Ejecutar el monitoreo y evaluación con base en este marco y retroalimentar los resultados.

【Logros】

En la colección de datos de SMI en los establecimientos de salud se observó varias debilidades en el manejo de datos y registro de Referencia y Contrarreferencia. En junio del 2016 ambos SILAIS asignaron un Responsable de Referencia y Contrarreferencia y en octubre del 2016 se formó el Comité Técnico de Referencia y Contrarreferencia, formado por los Directores de Municipios, el Director del Hospital Regional, los Responsables de Hospitales Primarios y los Responsables de estadística, para identificar los problemas y mejorar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Los SILAIS han realizado Supervisión y el acompañamiento a los Municipios y los Hospitales, encontrando que la digitalización de los registros y su análisis han mejorado, además, se utilizan todos los espacios gerenciales como CTOD y CTAD para la retroalimentación de los avances y limitaciones del desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Los problemas que se encuentran en proceso de mejoría son:

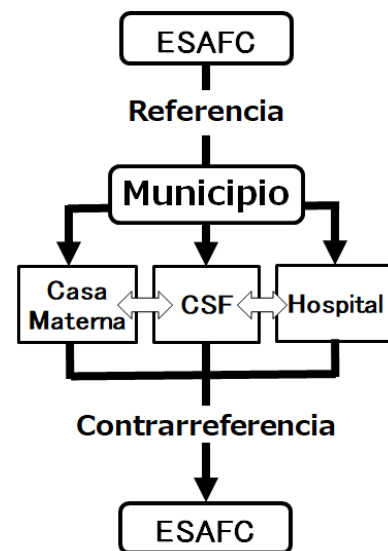
- ① Falta de información en la Hoja de Referencia, Hoja de Contrarreferencia, el Registro Diario de Referencia y Contrarreferencia (Anexo 1.A, 1.B y 2 de la Norma 068),
- ② No utilizan el formato correcto,
- ③ Falta conocimiento de la condición del paciente a referir,
- ④ Poca comunicación con la unidad de salud o nivel donde va ser referido,
- ⑤ poca comunicación para el paciente o su familia, etc.

En la Fase 2 las actividades de análisis y evaluación de Referencia y Contrarreferencia avanzaron y los encargados de Referencia y Contrarreferencia de los SILAIS pudieron recopilar registros mensuales de todos los pacientes referidos de los Municipios al hospital regional y/o los hospitales primarios. Además, en CTSS y CTOD se revisan los datos de pacientes referidos de los Municipios a los hospitales como procedencia, sexo, patologías, número de referencia de emergencia. Se analizan los registros y manejo al momento del traslado del paciente para confirmar la calidad de la referencia. Además en el CTAD se presenta el resultado del análisis y los hallazgos como registro en la Hoja de Referencia, toma de decisión oportuna, seguimiento de las pacientes referidas, etcétera, para retroalimentación. Al repetir el proceso de la corrección de los datos, análisis y retroalimentación, están desarrollando conciencia acerca de la importancia de la continuidad de la atención a través de la Contrarreferencia.

(Actividad 3-11) Elaborar el plan de ejecución de la supervisión de soporte con respecto a los datos de los establecimientos de salud.

【Logros】

Figura 18. Vigilancia de embarazadas



Según acuerdo con los SILAIS en la Fase 2 del Proyecto se enfoca la vigilancia de embarazadas y recién nacido, además del Parto Seguro. Desde la quinta Evaluación y Taller Semestral del mes de agosto del 2017, se agregó el cuidado del recién nacido como parte del manejo de las puérperas. Los encargados de SMI de los municipios y los SILAIS identifican las mujeres antes y después del parto para dar el seguimiento de la referencia a la CM y lograr el parto institucional como indica la Figura 18, para dar atención continua, mayor vigilancia de la embarazada y niños que nacieron de bajo peso o que nacieron con factores de riesgo. De las embarazadas próximas a parir identificadas por el MINSA, más del 95% son atendidas en los hospitales. Si no hay problema en el parto, se da alta en un periodo de 12 a 24 horas después del nacimiento, pero en algunos casos por el cuidado del bebé con bajo peso al nacer u otras patologías, sólo el bebé queda hospitalizado y la parturienta se queda en el albergue del Hospital. Se confirmó que a estas puérperas no se les realizaba la atención del puerperio. Por lo tanto, se acordó que un ESAFC del Municipio de Juigalpa realice la atención y se envíe su resultado al Municipio de origen de la puérpera. Esta iniciativa no se ha implementado en otros hospitales regionales, es el primer intento en el país para el MINSA. Este proceso es para facilitar la atención continua. En relación al registro del dato estadístico del número de atenciones de puerperios realizados en el albergue del hospital, se acordó que Estadística del SILAIS lo registrará en el Municipio de donde es originaria la puérpera y se debe enviar oportunamente el registro de la atención de la puérpera utilizando medios como: fotografía enviado por correo electrónico y/o otros aplicaciones de tecnologías como WhatsApp. Esta metodología también es utilizada en otros Municipios.

Se elaboró el plan de ejecución de acompañamiento técnico de manejo de datos en cada momento de atención continua en diferentes niveles de atención como los siguientes:

- En el manejo de datos de la lista de próximas a parir, el Sector de Salud elabora la lista según CG con la información básica
- Registro de su ubicación en tiempo real y la presenta al Municipio.
- El Municipio digita la información de la lista y la envía al SILAIS para dar seguimiento de las embarazadas como su traslado a CM, Hospital Primario o Regional. El SILAIS da seguimiento.
- Colección de los datos sobre parto y atención del puerperio en el Hospital Regional para retroalimentar a los Municipios.

(Actividad 3-12) Ejecutar la supervisión de soporte con base en el plan y retroalimentar los resultados.

【Logros】

Los SILAIS orientan la búsqueda de embarazadas y puérperas registradas como inasistentes. Este seguimiento y el resultado de análisis se presentan en los CTSS que se realiza semanalmente y mensualmente en los CTAM. Se han esforzado en mejorar la situación del seguimiento de las embarazadas a nivel de SILAIS, Municipios y Sector de Salud.

Así como en el ATI la encargada de estadística que visita el Sector de Salud para verificar la calidad del dato y que cuando es necesario orienta para su mejoramiento, antes de esta actividad se observaba falta y/o duplicidad de los registros de los datos. Sin embargo, después de la implementación de la actividad, los encargados de Estadísticas de cada SILAIS identifican debilidades y problemas en los Sectores de Salud de cada Municipio, realizando monitoreos para mejorar los datos adecuadamente y estaban subutilizando los datos de manera práctica. Se ha mejorado el subregistro y la duplicación de los datos a través del fortalecimiento de los acompañamientos técnicos de las actividades de SMI y CTAM.

En los ATI y en el seguimiento de los datos de SMI mensual y semanal se realizan las siguientes actividades:

① Datos de la embarazada

SILAIS, Municipio y Sector de Salud, se realizan vigilancia de la embarazada y puérpera utilizando la lista de próximas a parir. Se analiza y presenta en CTSS y CTO cada semana y en CTAD cada 15 días para retroalimentar a los Directores Municipales.

② Datos de niños menores de 2 años

En CTSS y CTO semanal de SILAIS se analiza la mortalidad en los niños menores de 2 años como números de muertos, causa, información de la madre durante el embarazo etc, para retroalimentar sobre estos resultados a los Directores Municipales en CTAD y buscar alternativas de solución para reducir las tasas de mortalidad infantil y de la niñez.

③ Referencia y Contrarreferencia

Se estableció el mecanismo de monitoreo, análisis y evaluación de los datos de Referencia y Contrarreferencia, patologías, registro de la hoja de referencia, seguimiento de atención continua en los Municipios y los SILAIS. Con el Flujograma de Referencia y Contrarreferencia para aclarar el rol de cada nivel para que los pacientes sean mejor derivados, priorizando a las embarazadas y los niños menores de 2 años, para que puedan tener una atención continua y fortalecer la vigilancia. El Comité se reúne periódicamente para analizar el avance, desafíos y problemas con el fin de hacer planes de mejora continua.

Resultado 4. Las Buenas Prácticas aprobados por el MINSA se comparten entre todos los SILAIS.

(Actividad 4-1) Organizar seminarios con el fin de compartir con otros SILAIS los conocimientos y las Buenas Prácticas obtenidas en el Proyecto incluyendo el sistema de monitoreo y evaluación del servicio de la Salud Materno-Infantil de los establecimientos de salud.

【Logros】

Después de un año de la implementación de las actividades del ESAFC en los Sectores de Salud Pilotos, en enero del 2017, con el Proyecto se realizó la sistematización de las Buenas Prácticas con los SILAIS, los Municipios y ESAFC de los Sectores de Salud. Se sistematizó la situación antes de la implementación, las actividades ejecutadas y su efecto, los resultados y acciones claves que pudieron resolver los problemas. Se recopiló las actividades básicas desde la actividad 1 a la 12, se distribuyó a los SILAIS, los Municipios y 161 Sectores de Salud para ampliar las actividades a los 14 Municipios en la Fase 2. Las Buenas Prácticas de las 12 actividades se resumen en el Cuadro 28.

Cuadro 28. Las Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC (Versión 1)

No.	Actividad del ESAFC	Acciones claves (extractos)
1	Elaboración de la lista de RC	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación para participar • Comunicación fluida con RC • Actividades organizativas en la comunidad • Participación comunitaria • Visualización de lista de RC en PSFC
2	Realización de reunión mensual del Sector	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento de acuerdos en cada reunión • Planificación de próxima reunión • Comunicación fluida con RC • Compartir sus conocimientos

3	Llenado de HSF	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de RC para llenado de la HSF • Visita domiciliar • Trabajo en equipo • Escuchar la opinión de RC
4	Elaboración de Croquis	<ul style="list-style-type: none"> • Involucramiento de la RC • Capacitación de la elaboración del croquis • Utilización del croquis
5	Análisis de salud comunitario y Sector con RC	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de diferentes metodologías de análisis • Análisis FODA • Trabajo en Equipo
6	Capacitación de Plan de Parto para RC	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del Comité de traslado de emergencia • Capacitación de reforzamiento
7	Ejecución de Plan de Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del Comité traslado de emergencia • Referencia a CM y al hospital • Vigilancia de la embarazada
8	Planificación, ejecución y evaluación de actividades obligatorias del Sector	<ul style="list-style-type: none"> • Involucramiento de RC • Acompañamiento del Municipio • Trabajo de Equipo
9	Reunión comunitaria por RC	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa de RC • Verificación de los problemas de la comunidad • Compartir sus conocimientos • Elaboración de Acta
10	Plan de actividades de la RC	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los problemas • Implementación de Ciclo de Mejora Continua PHVA • Comunidad organizada • Acompañamiento del personal de salud
11	Ejecución de actividades del RC	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Acta • Ejecución del plan • Acompañamiento del personal de salud
12	Evaluación de actividades ejecutados por RC	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización del círculo PHVA • Apoyo de personal de salud

En la Fase 2 se revisó la Guía Básica y las Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC para reflejar las experiencias y conocimientos de la implementación de las actividades básicas del ESAFC en los 161 Sectores de Salud y se compartió a los 17 SILAIS y 153 municipios del nivel nacional y a los 161 Sectores de Salud del área objetivo del Proyecto. En el cuadro 29 se detalla el contenido de las Buenas Prácticas de la versión 2 y en la Figura 19 se muestra la portada de la Guía Básica y Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC, versión 1 y 2

Cuadro 29. Las Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC (Versión 2)

No.	Actividad del ESAFC	Acciones claves (extractos)
1	Conocimiento de la Red Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud visita a comunidad para organizar RC • Comunicación fluida con utilización de diferentes medios • Realizar asamblea comunitaria con participación voluntaria de población y seleccionar RC • Intercambiar experiencias entre ESAFC y comunidades
2	Reunión Mensual del Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer acuerdos en reunión mensual con RC • Planificar próxima reunión mensual y actividades • Permite que la RC exponga sus inquietudes • Comunicación fluida con RC • Aumentar su motivación para mayor participación de RC • Intercambiar problemas y conocimiento de servicios de salud

3	Capacitación sobre el MOSAFC	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitación de MOSAFC con acompañamiento del Municipio • Presentar algunas actividades del MOSAFC • Trabajo de equipo
4	Elaboración de Croquis de las comunidades y el Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar croquis con RC • Capacitar la metodología de elaboración de croquis • Utilización de croquis
5	Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de diferentes metodologías de análisis • Compartir la información de embarazada y puerpera en reunión mensual del Sector • Vigilancia de embarazada con trabajo de equipo
6	Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de Censo Gerencial y Próximas a Parir	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del Comité de traslado de emergencia • Actualización diaria de CG • Comunicación fluida con embarazada y su familia • Señalización de embarazada, puerpera y niños en croquis
7	Planificación y ejecución de actividades básicas del Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de plan de actividad con previo acuerdo de RC • Referencia a CM y Hospital • Realizar capacitación de reforzamiento
8	Llenado y Actualización de la HSF	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar RC a la actividad • Elaboración de HSF con participación de RC • Visita casa a casa con personal de salud y RC • Trabajo de equipo
9	Análisis de Situación de Salud y Diagnóstico de la Comunidad y el Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de problema de salud con liderazgo de RC • Analizar posibles actividades de problemas identificados con consideración de presupuesto y tiempo • Compartir problema y posible solución en la comunidad • Elaborar acta de reunión con RC
10	Planificación de las actividades por el ESAFC según Análisis de Situación de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar problema y posible solución. • Organizar comunidad para actividades • Personal de salud apoya actividades comunitarias • Implementación de Ciclo de Mejora Continua PHVA
11	Ejecución de las actividades planificadas por el ESAFC	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar plan con liderazgo de RC • Personal de salud apoya actividades comunitarias • Elaborar acta de las actividades
12	Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar actividades en el lugar de ejecución con participantes • Escuchar y tomar en cuenta la opinión de la RC • Compartir el resultado en la reunión mensual del Sector • Presentar informe con las propias palabras de la RC • Implementación de Ciclo de Mejora Continua PHVA • Personal de salud apoya actividades
13	Intercambio de experiencias con otros Sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir experiencia y conocimiento con participación de RC entre diferentes sectores • Presentar actividades por la RC • Compartir resultado y problema entre diferentes Sectores • Reflejar lección aprendida a próxima planificación



Figura 19. Guía Básica Buenas Prácticas de las actividades del ESAF (Isquierda : Versión 1, Derecha: Versión 2) la Versión 2 ver Anexo ⑫

(Actividad 4-2) Compartir a través de la Junta Directiva de los SILAIS que se celebra en el MINSA Central los conocimientos y las Buenas Prácticas obtenidas en el Proyecto incluyendo el sistema de monitoreo y evaluación del servicio de la Salud Materno-Infantil de los establecimientos de salud.

【Logros】

En febrero del 2019 se realizó el Taller de Buenas Prácticas de las actividades del Proyecto a los técnicos de la DGSS, DCE, Dirección General de Planificación y Desarrollo (DGPD), y Dirección General de Vigilancia de Salud Pública (DGVSP”), del MINSA. Los temas desarrollados fueron los siguientes:

- ① Manejo gerencial de las actividades del Proyecto a través del Ciclo de Mejora Continua “PHVA”
- ② Programa de Capacitación en forma de cascada para fortalecer los conocimientos y mejorar la calidad de los servicios de SMI en la atención primaria en salud.
- ③ Actividades Básicas del ESAFC con participación comunitaria, basadas en el MOSAFC.
- ④ Sistema de Referencia y Contrarreferencia con responsabilidades de cada nivel de atención.

En abril del 2019, con el liderazgo de la DGSS del MINSA Central se realizó el Seminario Nacional para los equipos de conducción de los 17 SILAIS del país. Abordándose los temas antes mencionados en el Taller dirigido a personal del MINSA Central; participando los técnicos del MINSA que no pudieron asistir al Taller en Febrero del 2019. En el Taller y el Seminario Nacional participaron un total de 108 personas (36 del MINSA Central y 72 de los 17 SILAIS). A los participantes se les distribuyó la Guía Básica para Fortalecer el Trabajo del ESAFC, versión 2 y la Guía Básica Buenas Prácticas de las Actividades del ESAFC, versión 2. Ver Cuadro 30.

Cuadro 30. Distribución de la Guía Básica del ESAFC y Buenas Prácticas

Destino	SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central	17 SILAIS de Nivel Nacional	Otros
Cantidad	Total : 213 de cada Guía. Detalle : • 2 SILAIS (5 de cada Guía por SILAIS).	Total : 346 de cada Guía Detalle : • 17 SILAIS (4 de cada Guía por SILAIS).	Total: 20 de cada Guía Detalle: • MINSA Central : 5

	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Municipio (3 de cada Guía por Municipio). • 161 Sectores de Salud (1 de cada Guía por Sector). 	<ul style="list-style-type: none"> • 139 Municipios (2 de cada Guía por Municipio) 	Direcciones (3 de cada Guía por Dirección). <ul style="list-style-type: none"> • JICA Nicaragua (5 de cada Guía).
--	--	---	---

(Actividad 4-3) Promover la difusión de los conocimientos y las Buenas Prácticas obtenidas en el Proyecto para compartirlos con los países vecinos.

【Logros】

En marzo del 2019, se realizó el Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria con la coordinación del MINSA, JICA y OPS/OMS. Este Foro Internacional fue un seguimiento a los Foros realizados por JICA en Paraguay en el año 2015 y República Dominicana en el año 2016.

El objetivo del Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria es “Facilitar espacios de diálogo e intercambio sobre las Buenas Prácticas desarrolladas en países de la región, basadas en la APS enfocadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en adelante “ODS”), que permitan analizar las mismas y obtener insumos para la construcción de planes de acción que contribuyan a la Salud Universal” basado en la declaración de Astaná de la Conferencia Mundial de APS en Kazajstán, octubre del 2018 (Ver Anexo ⑩). Inicialmente se había planificado para agosto del 2018, pero no se logro realizar, debido al acontecimiento político ocurrido en Nicaragua en el periodo de abril a junio del 2018. Se invitó a 15 países de Centro - Sur America y el Caribe, participaron personal técnico de Ministerios de Salud y de JICA de 14 países incluyendo Nicaragua (El Salvador, Cuba, Guatemala, Costa Rica, Honduras, Chile, Republica Dominicana, Japón, Panama, Paraguay, Brasil, Bolivia y México). Durante los 2 días del Foro se desarrollaron los siguientes temas:

- ① El desafío de la Salud Universal y la Agenda para los ODS en las Américas
- ② Salud Universal en el contexto de APS y las Redes Integradas de Servicios
- ③ Participación Comunitaria en la APS como elementos del Cuidado Integral en Salud
- ④ Abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles desde la APS

En el primer día, se impartieron conferencias de cada tema por los representantes de los diferentes países y el segundo día se realizaron trabajos de grupos para identificar desafíos, lecciones aprendidas y Buenas Prácticas en relación a cada tema.

Otras actividades:

(5-1) Estudio de Línea Final, ejecución y resultado de análisis

【Logros】

Con el Proyecto se realizó el Estudio LF sobre la verificación actual de los Servicios de SMI, encuesta CAP a madres que parieron en el año 2017 y la Encuesta para los Médicos y Enfermeras de Servicio Social sobre actividades del ESAFC. El Resumen de los estudio son los siguientes. Para los informes completos, ver Anexo ⑰, ⑱ y ⑲.

- ① Estudio de verificación actual de los Servicios de SMI estudio de LF.

El objetivo del estudio de LF es comparar los resultados con la LB del Proyecto para conocer las mejoras en SMI con la ejecución de las actividades del Proyecto. Se elaboró una encuesta en base a la LB y fue aplicada

por los Asistentes Técnicos de Proyecto al personal de salud que ofrece los Servicios de SMI y a las protagonistas que acudieron a la APN y a las acompañantes a la VPCD en las unidades de salud. El personal de salud encuesado recibieron el Programa de Capacitación de SMI en el año 2017. Se comparó el resultado de la encuesta de las protagonistas durante la APN o VPCD y los registros en el expediente clínico, validados por personal del equipo de conducción municipal y los Asistentes Técnicos del Proyecto.

El estudio de LB se realizó en un periodo de mes y medio, aplicándose 70 encuestas de revisión de expedientes y 20 encuestas a las beneficiarias, mientras que el estudio de LF se ejecutó desde el 25 de mayo al 31 de octubre del 2018, realizando 100 encuestas de cada tema. El número de encuestas aplicadas se muestra en el Cuadro 31

Cuadro 31. Número de encuestas aplicadas

Lugar del estudio	Revisión de expediente		Encuesta a la beneficiaria	
	APN	VPCD	APN	VPCD
SILAIS Chontales • Acoyapa • Cuapa • El Ayote • La Libertad • Juigalpa • Villa Sandino	50	50	50	50
SILAIS Zelaya Central • El Rama • El Coral • Muelle de los Bueyes • Nueva Guinea	50	50	50	50

【Resultado】

(En APN)

- Exámen de laboratorio clínico (del 70% en la LB al 99% en la LF)
- Consejería sobre signos y síntomas de peligro durante el embarazo (del 65% en la LB al 89% en la LF)
- Recomendaciones para el momento del parto / Plan de Parto (del 47% en la LB al 69% en la LF)
- Consejería sobre Puerperio, Lactancia Materna Exclusiva y Planificación Familiar. (del 45% en la LB al 76% en la LF)
- Entrega de Aspirina (del 65% en la LB al 96% en la LF)

(En VPCD)

- Toma de signos vitales (del 45% en la LB al 82% en la LF)
- Consejería sobre Estimulación temprana (del 65% en la LB al 90% en la LF)
- Entrega de suplementos de Hierro (del 67% en la LB al 92% de LF)
- Entrega de antiparasitarios (del 50% en la LB al 100% en la LF)

En la revisión de expedientes de los resultados entre la LB y LF se ha mejorado el registro del “llenado correcto”.

(En APN)

- Evaluación del Estado Nutricional en base al incremento de Peso Materno (del 82% en la LB al 96% en la LF)
- Interpretación del Estado Nutricional en base al incremento de Peso Materno (del 71% en la LB al 88% en la LF)
- “Interpretación de las cifras de presión arterial (del 60% en la LB al 88% en la LF)
- “Interpretación de los resultados de las cintas de uroanálisis (del 81% en la LB al 88% en la LF)

(En VPCD)

- Clasificar el estado nutricional (peso/edad, talla/edad, peso/talla del 99% en la LB al 93% en la LF)
- Determinar problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional (del 100% en la LB al 93% en la LF)

【Consideración】

Se confirmó que hay mejoramiento de los servicios de SMI por el aumento del porcentaje de los resultados del estudio como: “La entrevistada está consciente de haber recibido este servicio y el registro correcto en el expediente clínico”, se considera que es producto de la ejecución del Programa de Capacitación de SMI y el ATI. En algunos ítems disminuyó el porcentaje de registro en el expediente clínico, sin embargo, no significa que la capacidad del personal de salud bajó en relación a la LB, ya que no es el mismo personal de salud quien brindó el servicio en la LF, es solamente un cambio numérico. Sin duda, esto no necesariamente refleja el efecto del programa de capacitación en SMI y el ATI. En la mayoría de los casos el proveedor de los servicios de SMI es el médico y la enfermera en servicio social que cambian cada 1 o 2 años. Por tanto, para mejorar el servicio de SMI y el registro correcto en el expediente clínico se necesita la continuidad del Programa de Capacitación enfatizando en los procesos de inducción al nuevo personal y el seguimiento en los ATI. El resultado del Estudio se puede revisar en el Anexo ⑰.

② Estudio Línea Final/ Encuesta CAP a madres que parieron en el año 2017

Para valorar los avances se está comparando la LB de la encuesta CAP que se realizó en el año 2015, a las madres que tuvieron un parto en el año 2014 en los 8 Sectores Pilotos del Proyecto; en el año 2018 se realizó la encuesta CAP a las madres que tuvieron parto en el año 2017 en 7 de los 8 Sectores Pilotos (en el Sector de Salud Bulum 2 por problemas de seguridad, no fue posible aplicar la encuesta). Esta encuesta la aplicaron estudiantes universitarias que se desempeñaron como encuestadoras. Se coordinó con los miembros de la RC y el personal de salud para la identificación de las madres a encuestar. La hoja de la encuesta CAP fue elaborada por personal del Proyecto y personal del MINSA en base al formato de la LB, modificándola de acuerdo a las experiencias de las actividades de SMI del Proyecto (ver Anexo ⑨). El número de encuestas CAP aplicadas por Sector Piloto se describen en el Cuadro 32. Los resultados de la encuesta CAP se pueden revisar en el Anexo ⑱.

Cuadro 32. Número de encuestas CAP aplicadas por Sector

SILAIS	Municipio	Sector de Salud Piloto	Fecha	Mujeres que parieron en 2017 (persona)	Encuesta aplicadas (persona)	Proporción (%)	Encuestadoras (persona)
--------	-----------	------------------------	-------	--	------------------------------	----------------	-------------------------

Chontales	Acoyapa	San Felipe	08/11/2018	12	9	75.0	4
		El Chinal	08/11/2018	35	18	51.4	8
	Santo Domingo	Chinamos	07/11/2018	32	24	75.0	11
		Bulun 2	Suspendida				
Zelaya Central	El Rama	Wapí	30/11/2018	84	60	71.4	20
		Marrón	29/11/2018	35	28	80.0	10
	Nueva Guinea	Talolinga	21/11/2018	26	20	76.9	10
		Naciones Unidas	22/11/2018	50	43	86.0	15
	Total				274	202	73.7

【Resultado】

Al comparar los resultados de la LB y la LF se confirmó un aumento en el “Conocimiento”, “Actitud” y “Práctica” de respuestas correctas sobre “El momento de iniciar la APN”, “Lugar del parto”, “Persona que atiende el parto”, “El momento de iniciar la atención del puerperio” y “El momento de iniciar la VCPD”, los resultados son los siguientes:

- La pregunta de “El momento de iniciar la APN” con respuesta correcta de “1 a 3 meses”
 - Conocimiento el 79.7% en la LB a 97.0% en la LF
 - Actitud el 93.5% en la LB a 100% en la LF
 - Práctica el 74.8% en la LB a 85.6% en la LF
- La pregunta de “Lugar del parto” con respuesta correcta “En el Hospital”
 - Conocimiento el 81.7% en la LB a 91.1% en la LF
 - Actitud el 74.0% en la LB a 87.6% en la LF
 - Práctica el 65.9% en la LB a 80.2% en la LF
- La pregunta de “Persona que atiende el parto” con respuesta correcta “Médico/Doctor”
 - Conocimiento el 67.5% en la LB a 94.6% en la LF
 - Actitud el 51.2% en la LB a 81.2% en la LF
 - Práctica el 51.2% en la LB a 80.2% en la LF
- La pregunta de “El momento de iniciar la atención del puerperio” con respuesta correcta “De 2 a 10 días después del parto”
 - Conocimiento el 38.2% en la LB a 90.1% en la LF
 - Actitud el 40.2% en la LB a 90.6% en la LF
 - Práctica el 39.4% en la LB a 88.6% en la LF
- La pregunta de “El momento de iniciar la VPCD” con respuesta correcta “En los primeros 8 días después del nacimiento”
 - Conocimiento el 56.1% en la LB a 92.1% en la LF

- Actitud el 57.3% en la LB a 92.1% en la LF
- Práctica el 48.4% en la LB a 87.1% en la LF

Además, en la LF se agregó algunas preguntas sobre el trabajo del ESAFC. El 96% de las encuestadas contestaron que “El ESAFC la visitó en su casa durante durante el embarazo o después de su parto”.

【Consideración】

En el resultado de la LF se observó que el aumento en “Conocimiento”, “Actitud” y “Práctica” fueron producto del fortalecimiento de la ejecución de las actividades comunitarias del ESAFC, el mejoramiento de la comunicación entre el personal de salud y la RC, utilizando el espacio de la Reunión Mensual del Sector de Salud, donde se abordan temas como el seguimiento de las embarazadas, puérperas y niños en VPCD y el mejoramiento de la calidad de la consejería durante la APN y el trabajo comunitario.

Además se confirmó el funcionamiento de la vigilancia de la embarazada y puérpera por el resultado de un 96% de las encuestadas contestó visita domiciliar del ESAFC.

③ Encuesta para los Médicos y Enfermeras en Servicio Social

En el Proyecto se aplicó una encuesta a 55 Médicos y 32 Enfermeras en Servicio Social en el mes de abril del 2017 y después de un año de labores en el ESAFC en el mes de marzo del 2018 se aplicó nuevamente la encuesta a los Médicos, Enfermeras en Servicio Social mencionados y a 22 Auxiliares del MOSAFC de nuevo ingreso, totalizando 109 trabajadores, para comparar los conocimientos básicos del MOSAFC y las actividades del ESAFC. La encuesta aplicada fue de CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). Los temas de las preguntas son “Conocimiento del integrante del ESAFC”, “Reunión del Sector de Salud”, “Visita a sus comunidades”, “Historia de Salud Familiar” y “Elaboración del croquis”.

【Resultado】

Se pudo observar cambios de mejoras significativas de las preguntas sobre “Conocimiento de los integrantes del ESAFC” que reconoce a la RC como un miembro del ESAFC e “Importancia de la elaboración de los croquis de sus comunidades” y sobre la “Frecuencia de reuniones del Sector de Salud” que respondieron realizarlas todos los meses. Se valora que hubo incremento al relacionar el conocimiento y la actitud; como era de esperar en el año evaluado hubo gran crecimiento en la experiencia del personal.

【Consideración】

La encuesta se observa que en cada Sector de Salud se han fortalecido las alianzas con los miembros de la RC y se ha establecido la Reunión Mensual del Sector de Salud. Por lo tanto, las actividades de salud con participación de la comunidad están caminando de manera más confiable. Para El resultado de la Encuesta a Médicos y Enfermeras en Servicio Social se puede revisar el Anexo ⑱.

2. Logros de los Resultados y Objetivos de PDM

2-1. Logros de los Resultados de PDM

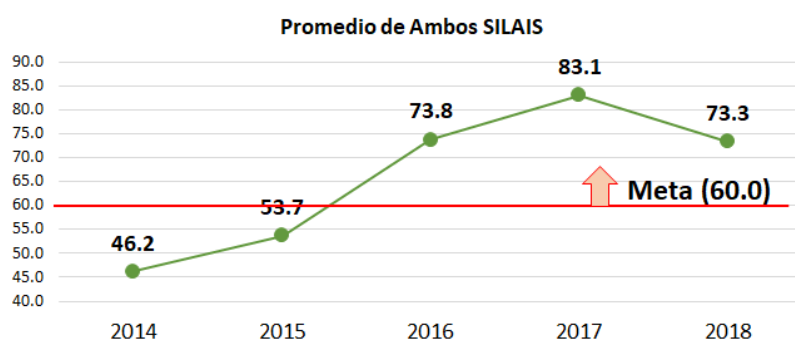
La comparación de los logros de los indicadores de PDM entre la Fase 1 y Fase 2 son los siguientes:

(Resultado 1) La capacidad de prestación de servicios a las mujeres gestantes/parturientas y a los niños menores de 2 años en los establecimientos proveedores de salud está fortalecida.

Cuadro 33. Logro de los indicadores del Resultado 1

Indicador	Logro												
<p>1-1 El porcentaje de cumplimiento de indicadores vigentes de calidad de la atención a los niños menores 2 años en los establecimientos de salud aumenta del 46.3% del año 2014 (Línea base) al 60.0% en el año 2018 (Línea final).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se logró la meta del indicador Los SILAIS monitorean la calidad de los servicios a través del Estándar de Calidad del MINSA utilizados en “Salud neonatal y de la niñez” Los resultados en el año 2018 son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> SILAIS Chontales : 46.1% (2014) al 73.1% (2018) SILAIS Zelaya Central : 46.4% (2014) al 87.6% (2018) Promedio de ambos SILAIS: 46.3%(2014) al 71.5%(2018) La tendencia promedio del indicador desde el 2016 al 2018 se observa en el Gráfico 6: <p>Gráfico 6. Tendencia del resultado de Estándar de Calidad en niños menor de 2 años</p> <table border="1"> <caption>Promedio de Ambos SILAIS</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Promedio de Ambos SILAIS (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>46.3</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>65.9</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>85.8</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>88.4</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>79.6</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Con la implementación del Material de Apoyo desde octubre del 2017, se estandarizó la evaluación de forma más clara y estricta (claro y escrito cada criterio evaluado) por tanto, el cumplimiento del indicador bajo en el 2018. 	Año	Promedio de Ambos SILAIS (%)	2014	46.3	2015	65.9	2016	85.8	2017	88.4	2018	79.6
Año	Promedio de Ambos SILAIS (%)												
2014	46.3												
2015	65.9												
2016	85.8												
2017	88.4												
2018	79.6												
<p>1-2 El porcentaje de cumplimiento de indicadores vigentes de atención prenatal en los establecimientos de salud aumenta del 46.2% del año 2014 (Línea base) al 60.0% en el año 2018 (Línea final).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se logró la meta del indicador Los SILAIS han iniciado el monitoreo de la calidad de los servicios a través de los Estándares de Calidad del MINSA utilizados en “Salud Materna” Desde enero a septiembre del 2018 los resultados son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> SILAIS Chontales : 52.0% (2014) al 61.2%(2018) SILAIS Zelaya Central : 40.4% (2014) al 85.4%(2018) Promedio de ambos SILAIS: 46.2%(2014) al 73.3%(2018) Tendencia del resultado de Estándar de Calidad en APN desde 2014 al 2018 se observa en el Gráfico 7. 												

Gráfico 7. Tendencia del resultado de Estándar de Calidad en APN



- Con la implementación del Material de Apoyo desde octubre del 2017, se estandarizó la evaluación de forma más clara y estricta (claro y escrito cada criterio evaluado) por tanto, bajo el cumplimiento del indicador en el 2018.

1-3 El porcentaje de registro de referencia de caso urgente coincide 80% entre los municipios y los hospitales aplicando la norma de referencia y contrarreferencia de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años.

- El porcentaje de registro de referencia de caso urgente el promedio de ambos SILAIS fue de 83.9% en el 2018 y se logró la meta.
- En el Estudio LB se encontró que la mayoría de Municipios no tenían los registros.
- Los resultados del registro de referencia de caso urgente de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años de enero a diciembre 2018 se describen en el cuadro 34:

Cuadro 34. Los resultados del registro de referencia de caso urgente de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años (2018)

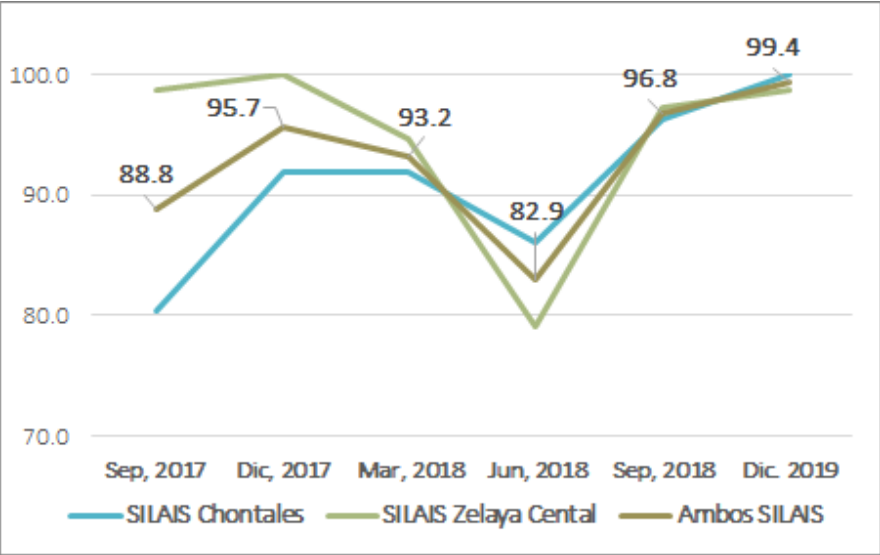
Referencia Caso Uegente (Mujeres y niños)		
SILAIS Chontales	Registro promedio del mes en los 10 Municipio	2,418
	Registro promedio del mes en HREAJ	2,249
	Diferencia promedio del mes	169
	% coincidencia promedio del mes	93.0
SILAIS Zelaya Central	Registro promedio del mes en los 4 Municipio	573
	Registro promedio del mes en HREAJ	766
	Diferencia promedio del mes	193
	% coincidencia promedio del mes	74.8
% coincidencia promedio del mes de ambos SILAIS		83.9

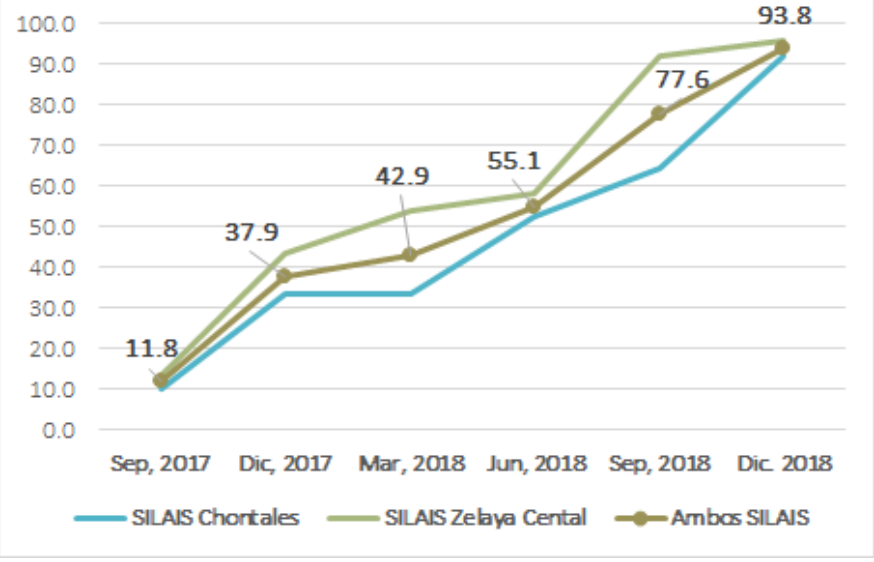
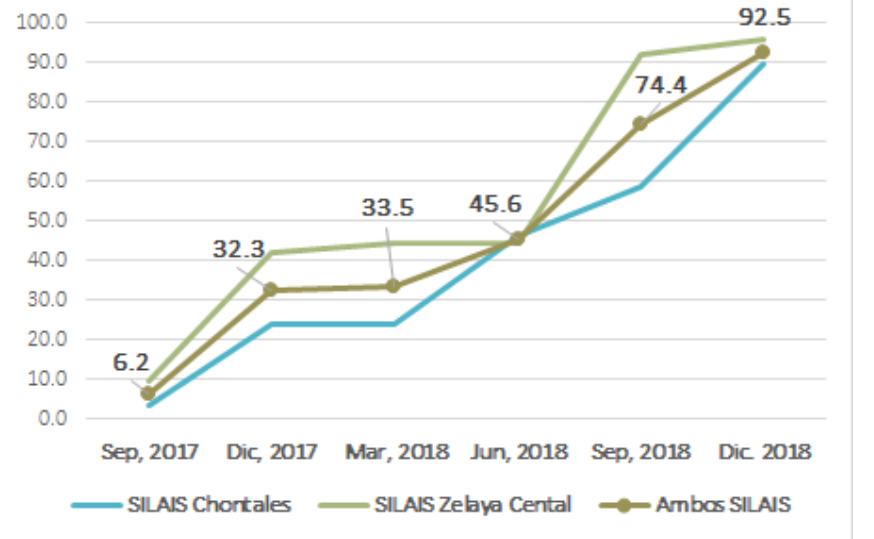
1-4	El porcentaje de registro de Contrarreferencia coincide 70% entre los hospitales y municipios aplicando la norma de referencia y contrarreferencia de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje promedio de registro de Contrarreferencia de en ambos SILAIS fue de 74.3% en el 2018 y se logró la meta. • En el Estudio LB se encontró que la mayoría de Municipios no tenían los registros. • Los resultados del registro de Contrarreferencia de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años de enero a diciembre 2018 se describen en el cuadro 35: <p>Cuadro 35. Los resultados del registro de Contrarreferencia de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años</p> <table border="1" data-bbox="608 488 1353 1176"> <thead> <tr> <th colspan="3">Contrarreferencia (Mujeres y Niños)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">SILAIS Chontales</td> <td>Registro promedio del mes en los 10 Municipio</td> <td>5,430</td> </tr> <tr> <td>Registro promedio del mes en HREAJ</td> <td>4,117</td> </tr> <tr> <td>Diferencia promedio del mes</td> <td>1,313</td> </tr> <tr> <td>% coincidencia promedio del mes</td> <td>75.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">SILAIS Zelaya Central</td> <td>Registro promedio del mes en los 4 Municipio</td> <td>1,277</td> </tr> <tr> <td>Registro promedio del mes en HREAJ</td> <td>930</td> </tr> <tr> <td>Diferencia promedio del mes</td> <td>347</td> </tr> <tr> <td>% coincidencia promedio del mes</td> <td>72.8</td> </tr> <tr> <td colspan="2">% coincidencia promedio del mes de ambos SILAIS</td> <td>74.3</td> </tr> </tbody> </table>	Contrarreferencia (Mujeres y Niños)			SILAIS Chontales	Registro promedio del mes en los 10 Municipio	5,430	Registro promedio del mes en HREAJ	4,117	Diferencia promedio del mes	1,313	% coincidencia promedio del mes	75.8	SILAIS Zelaya Central	Registro promedio del mes en los 4 Municipio	1,277	Registro promedio del mes en HREAJ	930	Diferencia promedio del mes	347	% coincidencia promedio del mes	72.8	% coincidencia promedio del mes de ambos SILAIS		74.3
Contrarreferencia (Mujeres y Niños)																										
SILAIS Chontales	Registro promedio del mes en los 10 Municipio	5,430																								
	Registro promedio del mes en HREAJ	4,117																								
	Diferencia promedio del mes	1,313																								
	% coincidencia promedio del mes	75.8																								
SILAIS Zelaya Central	Registro promedio del mes en los 4 Municipio	1,277																								
	Registro promedio del mes en HREAJ	930																								
	Diferencia promedio del mes	347																								
	% coincidencia promedio del mes	72.8																								
% coincidencia promedio del mes de ambos SILAIS		74.3																								

(Resultado 2) Las actividades comunitarias relacionadas a la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años están fortalecidas.

Cuadro 36. Logro de los indicadores del Resultado 2

Indicadores		Avance												
2-1	El 100% de ESAFC elaboran e implementan planes de actividad utilizando la Metodología de Fortalecimiento de Salud con Participación Ciudadana en las áreas objeto del Proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> • El indicador casi logró su meta y se utilizaron los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Se elaboró el Marco de evaluación de las Actividades Básicas del ESAFC y en febrero 2016, en la reunión del Comité Operativo se acordó iniciar la evaluación. - Cada actividad se cuantifica con un puntaje de 0 a 4. - Cada actividad se califica en 5 niveles de evaluación : <table border="1" data-bbox="539 1671 1359 1787"> <thead> <tr> <th>No Iniciado</th> <th>Iniciado</th> <th>Bueno</th> <th>Avanzado</th> <th>Excelente</th> <th>Máximo Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 0.4</td> <td>0.5 - 1.4</td> <td>1.5 - 2.4</td> <td>2.5 - 3.4</td> <td>3.5 - 4.0</td> <td>52 puntos</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - En la Fase 1 se aplicó únicamente a los Sectores Pilotos de Salud, en la Fase 2 se aplicó trimestralmente a todos los Sectores de Salud en los 14 Municipios. - Este indicador, desde el punto de vista del “Fortalecimiento de la Salud con participación comunitaria”, la actividad # 2 “Reunión Mensual del Sector”, se considera la más importante de las actividades del ESAFC. Se evaluó este indicador del resultado de la actividad # 2 y tuvieron más de Bueno. 	No Iniciado	Iniciado	Bueno	Avanzado	Excelente	Máximo Puntaje	0 - 0.4	0.5 - 1.4	1.5 - 2.4	2.5 - 3.4	3.5 - 4.0	52 puntos
No Iniciado	Iniciado	Bueno	Avanzado	Excelente	Máximo Puntaje									
0 - 0.4	0.5 - 1.4	1.5 - 2.4	2.5 - 3.4	3.5 - 4.0	52 puntos									

		<ul style="list-style-type: none"> • El resultado de la evaluación trimestral en diciembre 2018 de los 161 Sectores de Salud: <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 100% (87/87 Sectores de Salud) - SILAIS Zelaya Central : 98.6% (73/74 Sectores de Salud) - Promedio de ambos SILAIS: 99.4% (160/161 Sectores de Salud) • Se ejecutaron las actividades del ESAFC y en 161 Sectores de salud en 14 municipios, se evaluó 6 veces. El siguiente Gráfico muestra la tendencia de los resultados. <p>Gráfico 8. Tendencia de resultados de la realización de reunión del Sector</p>  <table border="1" data-bbox="517 495 1401 1048"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>SILAIS Chontales</th> <th>SILAIS Zelaya Central</th> <th>Ambos SILAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sep, 2017</td> <td>88.8</td> <td>95.7</td> <td>95.7</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2017</td> <td>95.7</td> <td>95.7</td> <td>95.7</td> </tr> <tr> <td>Mar, 2018</td> <td>93.2</td> <td>93.2</td> <td>93.2</td> </tr> <tr> <td>Jun, 2018</td> <td>82.9</td> <td>82.9</td> <td>82.9</td> </tr> <tr> <td>Sep, 2018</td> <td>96.8</td> <td>96.8</td> <td>96.8</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2019</td> <td>99.4</td> <td>99.4</td> <td>99.4</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • En junio del 2018 bajo el indicador, por el bloqueo de las vías durante el acontecimiento político del país. • El Sector de Salud “Fátima”, Municipio de Nueva Guinea, SILAIS Zelaya Central no pudo realizar la reunion del Sector, por los conflictos en la zona de construcción del Canal y por seguridad del personal de salud se suspendieron las labores por un determinado periodo de tiempo durante el acontecimiento político en el país, se ha reactivado la atención a la población en este Sector a partir del mes de diciembre 2018. 	Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Central	Ambos SILAIS	Sep, 2017	88.8	95.7	95.7	Dic, 2017	95.7	95.7	95.7	Mar, 2018	93.2	93.2	93.2	Jun, 2018	82.9	82.9	82.9	Sep, 2018	96.8	96.8	96.8	Dic, 2019	99.4	99.4	99.4
Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Central	Ambos SILAIS																											
Sep, 2017	88.8	95.7	95.7																											
Dic, 2017	95.7	95.7	95.7																											
Mar, 2018	93.2	93.2	93.2																											
Jun, 2018	82.9	82.9	82.9																											
Sep, 2018	96.8	96.8	96.8																											
Dic, 2019	99.4	99.4	99.4																											
2-2	Aumenta el número de actividades realizadas como compromiso de iniciativa de la Red Comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Se logro la meta del indicador • Hasta diciembre del 2018 se verificaron las actividades comunitarias en los Sectores de Salud, destacando las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Jornadas de limpieza contra epidemia de vectores - Educación en Salud en las reuniones comunitarias - Ferias de Salud - Visitas al hogar de embarazadas - Construcción de Casa Base - Solicitud de letrinas a la Alcaldía Municipal - Solicitar la calidad de agua de abastecimiento humano - Actividades de Promoción de Salud para la población • Se evaluó este indicador, Actividad del ESAFC número 11 “Ejecución de actividades planificadas de la RC” que tuvieron más de “Bueno” y llegaron a la meta. • El resultado de la evaluación trimestral en los 161 Sectores de Salud en diciembre del 2018 se detalla a continuación: <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 92.0% (80/87 Sectores de Salud) - SILAIS Zelaya Central : 95.9% (71/74 Sectores de Salud) - Promedio de ambos SILAIS : 93.8% (151/161 Sectores de Salud) • Se ejecutaron las actividades de ESAFC y en los 161 Sectores de salud de los 14 municipios se evaluó 6 veces. El Gráfico 9 detalla la tendencia del resultado. 																												

		<p>Gráfico 9. Tendencia de resultado de la realización de Actividades por iniciativa del ESAFC</p>  <table border="1" data-bbox="518 280 1396 840"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>SILAIS Chontales</th> <th>SILAIS Zelaya Cental</th> <th>Ambos SILAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sep, 2017</td> <td>11.8</td> <td>11.8</td> <td>11.8</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2017</td> <td>37.9</td> <td>37.9</td> <td>37.9</td> </tr> <tr> <td>Mar, 2018</td> <td>37.9</td> <td>42.9</td> <td>42.9</td> </tr> <tr> <td>Jun, 2018</td> <td>55.1</td> <td>55.1</td> <td>55.1</td> </tr> <tr> <td>Sep, 2018</td> <td>65.0</td> <td>93.8</td> <td>77.6</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2018</td> <td>93.8</td> <td>93.8</td> <td>93.8</td> </tr> </tbody> </table> <ul data-bbox="518 862 1396 963" style="list-style-type: none"> • La ejecución de la reunión del Sector se afectó con el acontecimiento político. Sin embargo, la ejecución de las actividades a iniciativa del ESAFC no se afectaron y se ejecutaron según planificación. 	Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Cental	Ambos SILAIS	Sep, 2017	11.8	11.8	11.8	Dic, 2017	37.9	37.9	37.9	Mar, 2018	37.9	42.9	42.9	Jun, 2018	55.1	55.1	55.1	Sep, 2018	65.0	93.8	77.6	Dic, 2018	93.8	93.8	93.8
Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Cental	Ambos SILAIS																											
Sep, 2017	11.8	11.8	11.8																											
Dic, 2017	37.9	37.9	37.9																											
Mar, 2018	37.9	42.9	42.9																											
Jun, 2018	55.1	55.1	55.1																											
Sep, 2018	65.0	93.8	77.6																											
Dic, 2018	93.8	93.8	93.8																											
2-3	<p>En todos los Sectores, los ESAFC realizan jornadas de análisis y reflexión con la comunidad.</p>	<ul data-bbox="518 996 1396 1344" style="list-style-type: none"> • Se logró la meta del indicador • Se evaluó este indicador, Actividad del ESAFC número 12 “Evaluación de las actividades de la RC” que tuvieron más de “Bueno” y llegaron a la meta. • El resultado de la evaluación trimestral de los 161 Sectores de Salud en diciembre 2018, se detalla a continuación: <ul data-bbox="534 1153 1380 1254" style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 89.7% (78/87 Sectores de Salud) - SILAIS Zelaya Central : 95.9% (71/74 Sectores de Salud) - Promedio de ambos SILAIS : 92.5% (149/161 Sectores de Salud) • Se ejecutaron las actividades de ESAFC y en los 161 Sectores de salud de los 14 municipios se evaluó 6 veces. La tendencia del resultado se detalla en el Gráfico 10. <p>Gráfico 10. Tendencia del resultado de la realización de análisis de las actividades por iniciativa del ESAFC</p>  <table border="1" data-bbox="518 1456 1396 1993"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>SILAIS Chontales</th> <th>SILAIS Zelaya Cental</th> <th>Ambos SILAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sep, 2017</td> <td>6.2</td> <td>6.2</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2017</td> <td>32.3</td> <td>32.3</td> <td>32.3</td> </tr> <tr> <td>Mar, 2018</td> <td>33.5</td> <td>33.5</td> <td>33.5</td> </tr> <tr> <td>Jun, 2018</td> <td>45.6</td> <td>45.6</td> <td>45.6</td> </tr> <tr> <td>Sep, 2018</td> <td>60.0</td> <td>92.5</td> <td>74.4</td> </tr> <tr> <td>Dic, 2018</td> <td>92.5</td> <td>92.5</td> <td>92.5</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Cental	Ambos SILAIS	Sep, 2017	6.2	6.2	6.2	Dic, 2017	32.3	32.3	32.3	Mar, 2018	33.5	33.5	33.5	Jun, 2018	45.6	45.6	45.6	Sep, 2018	60.0	92.5	74.4	Dic, 2018	92.5	92.5	92.5
Fecha	SILAIS Chontales	SILAIS Zelaya Cental	Ambos SILAIS																											
Sep, 2017	6.2	6.2	6.2																											
Dic, 2017	32.3	32.3	32.3																											
Mar, 2018	33.5	33.5	33.5																											
Jun, 2018	45.6	45.6	45.6																											
Sep, 2018	60.0	92.5	74.4																											
Dic, 2018	92.5	92.5	92.5																											

		<ul style="list-style-type: none"> • Se ejecutó la evaluación y análisis de las actividades por iniciativa del ESAFC, lo mismo que el indicador 2-2.
--	--	---

(Resultado 3) La capacidad administrativa de los SILAIS en el control de la salud de mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años está fortalecida.

Cuadro 37. Logro de los indicadores del Resultado 3

Indicadores		Avance
3-1	Aumenta el número de Municipios que reciben el acompañamiento técnico integral de los SILAIS (Seguimiento de la capacitación recibida del Proyecto, Registro correcto de datos, Análisis de la atención brindada a las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años basado en el Censo Gerencial y Libro de Seguimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró la meta del indicador • El número de Municipios que reciben el ATI de ambos SILAIS aumentó de 0 a 14 Municipios (100%) en los 14 Municipios de ambos SILAIS. • En la Cuarta Reunión de la Evaluación Semestral y Taller en febrero 2017 se modificó el lineamiento del ATI de los SILAIS. El SILAIS acompaña al ATI que realiza el Municipio a su Sector de Salud, por lo menos una vez cada tres meses. • El resultado del número y porcentaje de ATI realizados desde enero a diciembre 2018 es el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 47.5% 【19 veces /40 veces (10 Municipios cada trimestre)】 - SILAIS Zelaya Central : 100.0% 【30 veces /16 veces (4 Municipios cada trimestre)】 - Promedio de ambos SILAIS : 87.5% 【49 veces/56 veces (14 Municipios cada trimestre)】
3-2	Todos los Municipios realizan una reunión mensual con sus ESAFC y reciben acompañamiento del SILAIS, para el análisis de las informaciones para la toma de decisiones de las atenciones de las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró la meta del indicador • Los Municipios realizan CTAM mensualmente, aumentó de 0 a 14 Municipios (100%) mejorando el análisis de indicadores para la toma de decisiones oportunas. • En la Cuarta Evaluación y Taller Semestral se acordó el acompañamiento del SILAIS mensualmente a los CTAM para participar en el análisis del cumplimiento de indicadores en los ESAFC, estableciéndose a partir de septiembre 2017. • De enero a diciembre 2018 los SILAIS acompañaron en los CTAM, participando con el Municipio en el análisis de los datos de los Sectores de Salud. El SILAIS Chontales realizó 62 acompañamientos en los 10 Municipios y el SILAIS Zelaya Central 30 acompañamientos en los 4 Municipios. <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 51.7% 【62 veces /(12 meses ×10 Municipios)】 - SILAIS Zelaya Central : 62.5% 【30 veces /(12 meses × 4 Municipios)】 - Promedio de los ambos SILAIS : 54.8% 【92 veces /(12 meses ×14 Municipios)】 • El SILAIS Chontales tuvo dificultad de realizar los acompañamientos mensualmente a todos los municipios debido a la mayor cantidad, por lo que priorizó a los que tenían mayores dificultades.

Indicadores		Avance												
3-3	Aumenta el porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel que correctamente registran y analizan los datos de las mujeres gestantes y los niños menores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró la meta del indicador • Desde septiembre 2016 se inició la evaluación de “Calidad de datos y el análisis de los mismos” por sugerencia del Proyecto. • De enero a diciembre 2018, realizaron acompañamiento Técnico de la calidad de datos. El SILAIS Chontales realizó en 7 Municipios de 10 y el SILAIS Zelaya Central realizó en los 4 Municipios. Los resultados obtenidos del porcentaje de la coincidencia de datos estadísticos son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales : 53.6% (15 registros correctos de 28) - SILAIS Zelaya Central : 72.2% (24 registros correctos de 36) - Promedio de ambos SILAIS : 64.1% (41 registros correctos de 64) • La comparación de registro de dato correcto según la evaluación de “Calidad de datos” del año 2017 y 2018 en el Gráfico 11. <p>Gráfico 11. La comparación de registro de dato correcto según la evaluación de “Calidad de datos”</p> <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico 11</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Año 2017 (%)</th> <th>Año 2018 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chontales</td> <td>27.8</td> <td>53.6</td> </tr> <tr> <td>Zelaya Central</td> <td>57.1</td> <td>72.2</td> </tr> <tr> <td>Promedio</td> <td>50.0</td> <td>64.1</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	Año 2017 (%)	Año 2018 (%)	Chontales	27.8	53.6	Zelaya Central	57.1	72.2	Promedio	50.0	64.1
Categoría	Año 2017 (%)	Año 2018 (%)												
Chontales	27.8	53.6												
Zelaya Central	57.1	72.2												
Promedio	50.0	64.1												

(Resultado 4) Las Buenas Prácticas aprobados por MINSA se comparten con todos los SILAIS.

Cuadro 38. Logro de los indicadores del Resultado 4

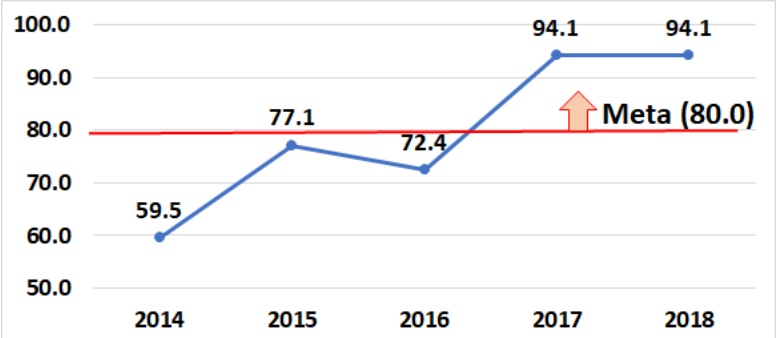
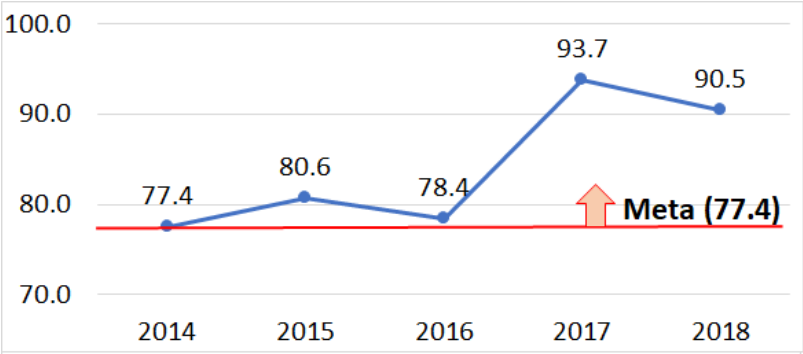
Indicadores		Avance
4-1	Aumenta número de las Buenas Prácticas aprobados por el MINSA a través del Proyecto y compartidas entre todos los SILAIS.	<ul style="list-style-type: none"> • La DGSS del MINSA Central aprobó los textos siguientes: Textos de Capacitación Materno Infantil de 5 temas (Versión 2), Guía de Capacitación para Facilitadores Materno-Infantil de 5 temas (Versión 2), Material de Apoyo para el Monitoreo los indicadores de SMI a nivel del ESAFC, Guía Básica para Fortalecer el Trabajo del ESAFC (Versión 2) y Guía Básica de Buenas Prácticas de las actividades de ESAFC (Versión 2). Estos productos están publicados en la Página Web del MINSA para que todo personal relacionado pueda acceder a su contenido. • Con la coordinación de la DGSS, se realizó el Taller a los técnicos del MINSA Central sobre las Buenas Prácticas de las actividades de Proyecto y el Seminario Nacional a los 17 SILAIS fuera del área objetivo del Proyecto, participando un total de 108 personas. • Los 17 SILAIS que participaron en el Seminario Nacional elaboraron su Plan de Capacitación sobre la Guía Básica para Fortalecer el Trabajo del ESAFC y sobre la Guía Básica de Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC; iniciando con las Capacitaciones en forma de Cascada en los 139 Municipios de los 17 SILAIS a partir de abril 2019.

2-2. Avance y logro de los Indicadores del Objetivo de Proyecto de la PDM

(Objetivo del Proyecto) Se eleva el nivel de aprovechamiento de los servicios de alta calidad destinados a las mujeres gestantes/parturientas y los niños menores de 2 años de edad en las áreas objeto del Proyecto.

Cuadro 39. Logro de los Indicadores del Objetivo de Proyecto

Indicadores		Avance												
Indicador 1 del Objetivo del Proyecto	<p>El porcentaje de las mujeres gestantes que reciben la primera atención prenatal en las primeras 12 semanas de embarazo, que era de 65.5% en el año 2014 (Línea base) aumenta en el año 2018 (Línea final) en las áreas objeto del Proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se logró la meta del indicador El porcentaje de las mujeres gestantes que reciben la primera APN en las primeras 12 semanas de embarazo desde enero a diciembre 2018 fueron los siguientes; <ul style="list-style-type: none"> SILAIS Chontales: 74.5% (3,219 APN / 4,321 APN captación total) SILAIS Zelaya Central: 65.8% (2,788 APN / 4,235 APN captación total) Promedio de ambos SILAIS: 70.2% (6,007 APN / 8,556 APN captación total) La tendencia del indicador promedio de los SILAIS del 2014 al 2018, se detalla en el Gráfico 12. <p>Gráfico 12. Tendencia del indicador el promedio de las mujeres gestantes que reciben la primera APN en las primeras 12 semanas de embarazo</p> <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico 12</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>65.5</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>64.9</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>67.4</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>66.2</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>70.2</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2014	65.5	2015	64.9	2016	67.4	2017	66.2	2018	70.2
Año	Porcentaje													
2014	65.5													
2015	64.9													
2016	67.4													
2017	66.2													
2018	70.2													

	Indicadores	Avance												
Indicador Número 2 del Proyecto	<p>El porcentaje de cumplimiento de indicadores vigentes de la calidad del manejo activo del tercer período del parto (MATEP) y atención inmediata del recién nacido en los establecimientos aumenta del 59.5% del año 2015 (Línea base) al 80.0% en el año 2018 (Línea final).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se logró la meta del indicador El porcentaje de cumplimiento de indicadores vigentes de la calidad del Manejo Activo del Tercer Período del Parto (en adelante “MATEP”) y Atención Inmediata del Recién Nacido (en adelante “AIRN”) en los establecimientos, desde enero a diciembre 2018 fueron los siguientes; <ul style="list-style-type: none"> SILAIS Chontales: 97.3% (Promedio de MATEP: 98.4%, y Recien nacido: 96.1%) SILAIS Zelaya Central: 91.1% (Promedio de MATEP: 92.0%, y Recien nacido: 90.0%) Promedio de ambos SILAIS: 94.1% (Promedio de MATEP: 95.2%, y Recien nacido: 93.1%) La tendencia del indicador promedio de los SILAIS 2014 a 2018 se detalla en el Gráfico 13. <p>Gráfico 13. Tendencia del indicador el promedio de cumplimiento de indicadores vigentes de la calidad del MATEP y AIRN.</p>  <table border="1"> <caption>Datos para Gráfico 13</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Promedio de cumplimiento (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>59.5</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>77.1</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>72.4</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>94.1</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>94.1</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Promedio de cumplimiento (%)	2014	59.5	2015	77.1	2016	72.4	2017	94.1	2018	94.1
Año	Promedio de cumplimiento (%)													
2014	59.5													
2015	77.1													
2016	72.4													
2017	94.1													
2018	94.1													
Indicador Número 3 del Proyecto	<p>El porcentaje de las mujeres que reciben la atención del puerperio mediato de 77.4% del año 2014 (Línea base) aumenta hasta el año 2018 (Línea final) en las áreas objeto del Proyecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se logró la meta del indicador El porcentaje de las mujeres que reciben la atención del puerperio mediato, desde enero a diciembre del 2018 fueron los siguientes; <ul style="list-style-type: none"> SILAIS Chontales: 88.4% (3,449 APN /3,902 Parto asistido) SILAIS Zelaya Central: 92.8% (3,267 APN /3,522 Parto asistido) Promedio de ambos SILAIS: 90.5% (6,716 APN /7,424 Parto asistido) La tendencia del indicador promedio de los SILAIS del 2014 al 2018, se detalla en el Gráfico 14. <p>Gráfico 14. Tendencia del indicador el promedio de las mujeres que reciben la atención del puerperio mediato</p>  <table border="1"> <caption>Datos para Gráfico 14</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Promedio de mujeres que reciben la atención (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>77.4</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>80.6</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>78.4</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>93.7</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>90.5</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Promedio de mujeres que reciben la atención (%)	2014	77.4	2015	80.6	2016	78.4	2017	93.7	2018	90.5
Año	Promedio de mujeres que reciben la atención (%)													
2014	77.4													
2015	80.6													
2016	78.4													
2017	93.7													
2018	90.5													

Indicadores	Avance														
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Indicador Número 4 del Proyecto</p> <p>El porcentaje de los niños de 1 a 4 años que se realizan el primer control de Vigilancia Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) aumenta del 47.5 del año 2014 (Línea base) al 58.5% en el año 2018 (Línea final) en las áreas objeto del Proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el SILAIS Chontales alcanzó la meta, sin embargo, en el SILAIS Zelaya Central y en el promedio de ambos SILAIS no se alcanzó la meta. • El porcentaje de los niños de 1 a 4 años que se realizan el segundo control de VPCD que indicador del gobierno tiene alto porcentaje de cumplimiento. Sin embargo, el porcentaje del primer indicador es baja por sub registro de dato. • Razon de no cumplir el indicador en SILAIS Zelaya Central, falta actividad de promoción desde APN y atención puerperio sobre importancia de recibir VPCD, debe mejorar este aspecto, Además, a travez de las actividades del ESAFC debe fortalecer promoción de salud de embarazada, puérpera y niños con RC. • En el Comité Operativo que se realizó en mayo del 2019, se acordó los siguientes para lograr el indicador: <ol style="list-style-type: none"> ① Autoevaluación de la metodología de registro de datos por el ESAFC ② Los ESAFC realizan seguimiento a través del libro de seguimiento de vacunas, especialmente para la búsqueda de inasistentes. ③ Los ESAFC realizan actividades de promoción de VPCD a madres y familiares ④ Los municipios monitorean semanalmente los indicadores de VPCD y registro de datos. ⑤ En CTO, CTAD y CTAM se revisan los datos estadísticos • Los indicadores del porcentaje de los niños de 1 a 4 años que se realizan el primer VPCD, desde enero a diciembre del 2018 fueron los siguientes; <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales: 59.4% (9,809 VPCD /16,513 niños 1 al 4 años) - SILAIS Zelaya Central: 55.5% (8,247 VPCD /14,872 niños 1 al 4 años) - Promedio de ambos SILAIS: 57.5% (18,056 VPCD /31,385 niños 1 a 4 años) • La tendencia del indicador promedio de los SILAIS del 2014 al 2018, se detalla en el Gráfico 15. <p>Gráfico 15. Tendencia del indicador el promedio de los niños de 1 a 4 años que se realizan el primer VPCD</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Data for Gráfico 15: Tendencia del indicador el promedio de los niños de 1 a 4 años que se realizan el primer VPCD</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>47.5</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>41.5</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>41.1</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>55.0</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>57.5</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td>58.5</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2014	47.5	2015	41.5	2016	41.1	2017	55.0	2018	57.5	Meta	58.5
Año	Porcentaje														
2014	47.5														
2015	41.5														
2016	41.1														
2017	55.0														
2018	57.5														
Meta	58.5														

Indicadores		Avance														
Indicador Número 5 del Proyecto	<p>Aumenta el porcentaje de embarazadas que se albergan en la Casa Materna para atención de su parto 42.1% del año 2015 (Línea base) al 50.0% en el año 2018 (Línea final) en relación con los nacidos cuyas madres son de zona rural en las áreas objeto del Proyecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró la meta del indicador • El porcentaje de embarazadas que se albergan en la CM para atención de su parto, cuyas madres son de zona rural en las áreas objeto del Proyecto desde enero a diciembre del 2018 fueron los siguientes; <ul style="list-style-type: none"> - SILAIS Chontales: 66.9% (955 usuarias /1,428 parturienta de zona rural) - SILAIS Zelaya Central: 80.9% (2,136 usuarias /2,639 parturienta de zona rural) - Promedio de ambos SILAIS: 76.0% (3,091 usuarias /4,067 parturienta de zona rural) • La tendencia del indicador promedio de los SILAIS del 2014 al 2018, se detalla en el Gráfico 16. <p>Gráfico 16. Tendencia del indicador el promedio de embarazadas que se albergan en la CM para atención de su parto</p> <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico 16</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2014</td> <td>42.1</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>68.2</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>57.0</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>76.0</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td>50.0</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Porcentaje	2014	42.1	2015	-	2016	68.2	2017	57.0	2018	76.0	Meta	50.0
Año	Porcentaje															
2014	42.1															
2015	-															
2016	68.2															
2017	57.0															
2018	76.0															
Meta	50.0															

3. Modificación de la PDM

Al inicio del Proyecto con la DGSS y los SILAIS se elaboró el plan de trabajo basado en la PDM ver. 0, la cual se estableció en junio 2015 y se aprobó en la primera reunión del Comité Operativo del Proyecto el 28 de julio como PDM ver. 1. Luego, en base al resultado del Estudio LB del Proyecto, se elaboraron los indicadores del Proyecto con la DGSS, DCE y los SILAIS, con la coordinación de la División de Desarrollo Humano de la Sede de JICA. En la primera reunión del CCC en marzo 2016 fueron acordados los indicadores y metas con la Ministra de Salud, el Representante de la Oficina de JICA Nicaragua y las personas relacionadas al Proyecto. En junio 2016 la Ministra de Salud y el Representante de la Oficina de JICA Nicaragua firmaron la Minuta de discusiones sobre los indicadores del PDM. Con esta firma, se establecieron los indicadores de PDM como la versión 2.

En la 2da reunión del CCC, con participación de la Misión de JICA Central, JICA Nicaragua y el MINSA se dialogó sobre los indicadores de PDM y se acordó analizar la posibilidad de una revisión de los mismos, teniendo en cuenta aquellos que se encuentren por debajo de la LB. Se analizó los indicadores del PDM con la DGSS y los SILAIS.

En el 3er CCC realizado en noviembre 2017, se acordó la modificación de los indicadores del Objetivo del Proyecto 1 y 3. El 23 de febrero 2018 firmaron la Minuta de Discusión el representante de JICA Nicaragua y la Ministra de Salud, estableciendo el PDM ver.3. Ver Anexo ④.

4. Otros

4-1. Progreso de las Consideraciones Ambientales y Sociales (si procede)

No aplica.

4-2. Progreso de las Consideraciones sobre Género / Edificación de Paz / Reducción de la Pobreza (si procede)

Para la consideración sobre género, personal de salud de cada Sector de Salud promueven las reuniones de las Redes Comunitarias que se realizan cada mes que participen hombres y mujeres. A través de visitas del equipo médico o por medio de otros miembros de la RC, solicitan la cooperación para que cada Sector mande un participante femenino y uno masculino a la reunión del Sector de Salud.

III. Evaluación de proceso de la ejecución

1. Verificación de avances de las actividades

1-1. Método de verificación de avances de las actividades con el MINSA

- Semestralmente se presentó la Hoja de Monitoreo elaborada por ambos SILAIS y el Proyecto al MINSA.
- Anualmente se realizó reunión del CCC con la Ministra de Salud y el Representante de JICA Nicaragua para revisar el avance, progreso y planificación del Proyecto.
- Semestralmente se reunió para la Evaluación y Taller Semestral con el MINSA Central, ambos SILAIS y los Municipios, para verificar las dificultades de ejecución y planificación. Además, se realizó otra reunión Semestral como el Comité Operativo para revisar el avance de los compromisos adquiridos en la reunión de evaluación semestral.
- En la reunión de CTO semanal de cada SILAIS se revisó y analizó semanalmente los trabajos de todos los días y en CTAD de cada SILAIS se revisaron las actividades y se acordaron las soluciones de las dificultades encontradas durante la ejecución.

1-2. Método de verificación de avances de las actividades con JICA

- El Proyecto presentó el informe mensual y la Hoja de Monitoreo para informar el avance de las actividades a la Sede de JICA Central y JICA Nicaragua.
- Cuando regresan los expertos a Japón informaron a la Sede de JICA y se revisó los avances, dificultades y planificación. La encargada de la empresa ejecutora del Proyecto hizo coordinación con la Sede cuando era necesario.
- Se realizaron reuniones periódicamente con JICA Nicaragua y el Proyecto para informar los avances, dificultades y planificación del mismo. El director, Sub directora y encargado de JICA Nicaragua hicieron visita de campo del Proyecto para conocer las actividades.
- En las reuniones del CCC, Comité Operativo, la Evaluación Semestral y taller y otras reuniones con el MINSA, participaron los oficiales de JICA y comprenden la situación de la ejecución del Proyecto.

2. Verificación de asesoramiento técnico

- Desde el inicio del Proyecto, los expertos japoneses respetaron las normas establecidas del MINSA y utilizaron los espacios de reunión existentes como los consejos técnicos de cada nivel y educación continua para no crear nuevos espacios para la ejecución del Proyecto. De esta manera no aumentó la carga de trabajo cotidiano de las C/P, sino que facilitó de manera más práctica el trabajo y fue más eficiente como mejorar los programas e implementar las herramientas de monitoreo de las actividades. Y se estableció una relación de confianza entre las C/P y los expertos.
- Según los acuerdos establecidos y normativas del MINSA, el Proyecto acompañó la ejecución de las actividades para revisar actividades y registros correctos. Y brinda asesoramiento técnico en el momento necesario.
- Los miembros del Proyecto y las C/P del MINSA, analizaban y evaluaban las actividades del Proyecto en las reuniones de la Evaluación Semestral y Taller, Comité Operativo, el Comité Técnico de SMI, la Evaluación de las actividades del ESAFC, Acompañamientos Técnicos y los Consejos Técnicos de diferentes niveles con el objetivo de realizar ajustes o planes de mejora continua según los resultados

del cumplimiento de los indicadores.

- Durante el ciclo de la ejecución de cada actividad, se seleccionó el problema, se analizó, se establecían acuerdos según necesidad y se elaboró el plan de mejora continua. Las C/P fortalecieron su protagonismo en el manejo gerencial de la salud a través del uso de ciclo de mejora continua por identificación de sus debilidades y analizando sus planes de mejora. Los expertos japoneses brindaban asesoramiento, recomendaciones y orientación en estos procesos para tomar decisiones en la ejecución de la actividad, por lo tanto, el asesoramiento técnico del Proyecto se estaban realizando adecuadamente.

3. Verificación del Manejo Gerencial del Proyecto

3-1. Manejo Gerencial del Proyecto

- El lineamiento básico del manejo del Proyecto se decidió en reuniones del Comité Operativo o en la Evaluación Semestral. En los Consejos Técnicos de cada SILAIS se verificaba el avance y se decidían los lineamientos y plan de las actividades del Proyecto. En la reunión del CCC se sometían a aprobación las propuestas que surgen del Comité Operativo y de la Evaluación Semestral.
- Los expertos japoneses y/o los Asistentes Técnicos del Proyecto participaban en los CTO que realizaban la Dirección del SILAIS para verificar las actividades semanalmente y cuando sea necesario se reunían con otras personas relacionadas al Proyecto.

El Cuadro 40 resume las reuniones realizadas relacionadas al Proyecto para el manejo gerencial del Proyecto y la Figura 20.

Cuadro 40. Reuniones de la conducción del Proyecto

	Reunión	Frecuencia	Miembros (excepto expertos del Proyecto)
1	Consejo Técnico Operativo Departamental (CTOD)	Semanal	Equipo de conducción de cada SILAIS*
2	Consejo Técnico Ampliado Departamental (CTAD)	1 o 2 veces al mes	Equipo de conducción de cada SILAIS, Municipios y los Hospitales
3	Comité Operativo	Semestral	Responsables del MINSA Central, ambos SILAIS, los Municipios y los Hospitales
4	Evaluación y Taller Semestral	Semestral	Responsables del MINSA Central, ambas SILAIS, los Municipios y los Hospitales
5	MINSA – SILAIS - Proyecto reuniones periódicas	Cada 2 meses	Directores de DGSS, DCE y SILAIS
6	CCC	Una vez al año	Acordado dentro de la Minuta de R/D

*SILAIS Chontales participa el Director del Hospital Regional y la Directora del Municipio de Juigalpa

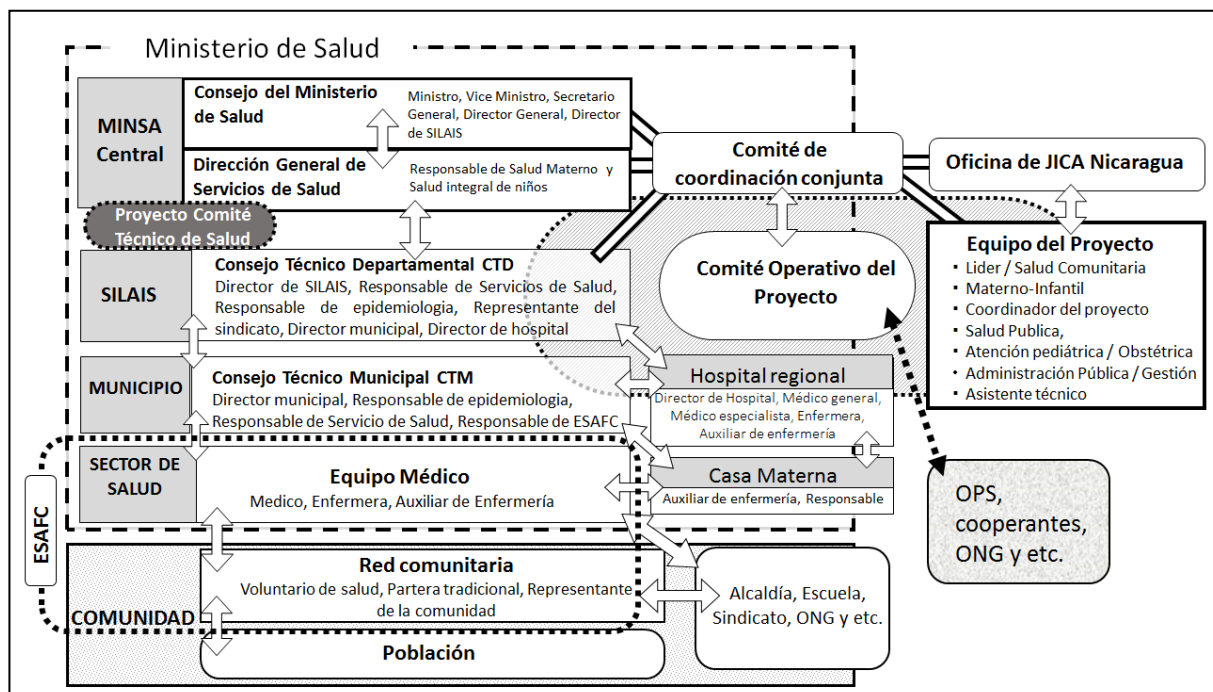


Figura 20. Correlación de Recursos Humanos del Proyecto

3-2. Apoyo de la Sede de JICA y JICA Nicaragua

- El oficial de JICA Nicaragua participó en las reuniones como el CCC, Evaluación Semestral y otros comité junto con el MINS y cuando sea necesario colaboraba con las actividades y/o se llegaba algunos acuerdos.
- El apoyo de JICA Nicaragua era diverso como el Trámite de Visa de los expertos japoneses, el intercambio de información sobre medidas de seguridad, el intercambio de opiniones entre los proyectos de cooperación técnica, los procedimientos para Foros Internacionales, el curso en Japón y la adquisición de equipos médicos donados de la Fase 1.
- El Departamento de Desarrollo Humano de JICA Central apoyó en la comunicación y coordinación a las oficinas de JICA en Latinoamérica para realizar el Foro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria.

3-3. La situación de comunicación fluida entre miembros del Proyecto

- Hubo buena comunicación dentro del Proyecto, todos los lunes se planificaban las actividades de la semana. En las actividades de Servicios de Salud de los SILAIS acompañaban los Asistentes Técnicos del Proyecto, por tanto, se compartía el plan de actividades de cada semana. Además, hubo casos en los que el plan cambia y se verificaban las actividades diariamente.
- Los asuntos importantes o dificultades se compartían en la reunión de CTO de cada SILAIS, para intercambiar opiniones, toma de decisiones y establecer acuerdos. Cuando era necesario se hace intercambio de opinión con el MINS Central, los Municipios y JICA Nicaragua.
- Se estableció varias comunicaciones, tales como, medidas de seguridad, ocasiones ceremoniales, vida cotidiana, que no son limitadas a las actividades del Proyecto.

3-4. El mecanismo de monitoreo para la toma de decisiones

- Los acompañamientos técnicos se ejecutaron mediante el monitoreo de las principales actividades y las decisiones tomadas se comparten en las reuniones de CTOD, CTAD, CTOM y CTAM. Durante el Proyecto se tomaron acuerdos en las reuniones de Comité Operativo y Evaluaciones Semestrales, en estas reuniones hubo presencia del MINSA Central, los SILAIS y los Municipios, además estos acuerdos se autorizaron en el CCC.

4. Verificación del protagonismo de los ejecutores

4-1. El conocimiento sobre el Proyecto por los ejecutores y C/P

- La Ministra de Salud, la Directora de Cooperación Externa, el Director General de Servicios de Salud, los Directores Generales de SILAIS y los Directores de los Municipios tienen conocimiento detallado y participación activa en el Proyecto.
- A partir de la Fase 2 se amplió todas las actividades del Proyecto a los 14 Municipios. Las contrapartes del MINSA participaban en las actividades principales como las capacitaciones, Actividades del ESAFC, Referencia y Contrarreferencia, entre otras.
- En los CTA que participaban los SILAIS y los Municipios, las Evaluaciones Semestrales y Comité Operativo se compartían la información de las actividades de los Sectores Pilotos y se generaban discusiones para el mejoramiento de las actividades. Por tanto, hubo alto conocimiento del Proyecto en los 14 municipios.
- La realización del Comité Operativo, la Evaluación Semestral y Taller, hasta segunda reunión fue por la gestión y organizada por el Proyecto, Sin embargo, desde tercera reunión los SILAIS y los municipios tomaron protagonismo para coordinar las reuniones.
- En toda el proceso de la ejecución del Proyecto, los C/P fueron protagonistas de la planificación y la evaluación para la ejecución del Proyecto. Y los expertos y los asistentes técnicos los acompañaban en el proceso.

4-2. Asignación de C/P

- Aunque, hubo cambio de los recursos médicos y enfermeras de servicio social, básicamente no hubo cambio de la asignación de la C/P.
- En algunos Sectores de Salud, el personal de salud debería laborar dentro de su Sector asignados, sin embargo, no había Puesto de Salud ni Casa Base, por lo tanto laboraban en el CSF u otro Sector fuera del Sector de Salud asignado.
- Hubo momentos de suspender el trabajo de algunos Sectores de Salud por el deterioro de la seguridad causado por la crisis política. Además, los técnicos de los SLAIS no participaron en los CTAM en el mismo período y hubo casos en los que solo participó el Asistente Técnico del Proyecto.

4-3. Empoderamiento de los recursos asignados por la contraparte

- Inicialmente los ESAFC de los Sectores Pilotos sentían sobrecarga laboral, sin embargo a medida del avance de las actividades del acompañamiento y monitoreo continuo de parte de los SILAIS y los Municipios, el personal de salud de los ESAFC interiorizaban que con el Proyecto se ordenaban y se sistematizaban todas las tareas y consideraron que no hubo sobrecarga de trabajo.

- A medida que las actividades del Proyecto progresaban según lo planeado, se habían adquirido conocimientos, experiencias, habilidades y destrezas en el manejo gerencial de Salud, dando como resultado un mejor seguimiento al cumplimiento de indicadores.
- En la Fase 2, la C/P planificaba y ejecutaba todas las actividades del Proyecto. Algunas C/P habían utilizado las metodologías desarrolladas con el Proyecto para implementación de otras actividades, por ejemplo, formación de facilitadores de capacitaciones, análisis y cruce de los datos entre diferentes niveles, método de ATI en temas como detección de cáncer, seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, atención a personas con discapacidad (Programa Todos con Voz), entre otros.
- Con la iniciativa del C/P , se implementó la Guía Básica del ESAFC en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León y Juigalpa como una Guía de las actividades de campo.

4-4. Interés del avance del Proyecto por la contraparte

- La DGSS, DGE y los SILAIS del Proyecto están trabajando positivamente no solo la ampliación de las Buenas Prácticas del Proyecto a otros SILAIS, sino también para capacitar a los técnicos del nivel central del MINSA. Por tanto, hay alto interés del avance del Proyecto por la C/P.
- Desde el inicio, el MINSA demostró su interés sobre las actividades del Proyecto. Y se confirmó que la Guía Básica de las actividades del ESAFC es útil como una herramienta para solucionar los problemas de las actividades de Atención Primaria en Salud. Por lo tanto se presentó las Buenas Prácticas de la ejecución de la Guía Básica en el Foro Internacional de Salud Familiar Comunitaria.
- La Ministra de Salud reconoció las 4 actividades de Buenas Prácticas mencionado en la actividad 4-2 de PDM del Proyecto y ordenó ampliarlas en los 17 SILAIS fuera de objetivo del Proyecto.

5. Verificación de la percepción de los grupos objetivos y organizaciones relacionadas

- Los trabajadores del SILAIS y el personal de salud como beneficiarios directos del Proyecto ejecutaron las actividades como el Programa de la capacitación de SMI, las actividades del ESAFC, ATI, Acompañamiento de CTAM, el Comité de Referencia y Contrarreferencia y otros actividades del Proyecto que ya estaban establecidas rutinariamente con iniciativa propia de las C/P.
- Según el resultado de la Encuesta CAP de la línea final, se pudo observar que las mujeres de 15 a 49 años de edad como beneficiarias indirectas del Proyecto habían mejorado su comportamiento ya que se aumentó el “conocimiento”, “actitud” y “práctica” sobre SMI.

6. Verificación de alianzas con otras agencias de cooperación

6-1. La cooperación con otros Proyectos de JICA

El Proyecto se coordinó con otros proyectos de JICA similares y personas relacionado lo siguiente:

- Las contrapartes del Proyecto visitaron en el año 2016 el "Proyecto para el Fortalecimiento de la Prevención y la Promoción de Salud en Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud (FOAPRISEN)" en República Dominicana (enviaron 6 contrapartes y 1 experta japonesa) y el "Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Atención Primaria de Salud basado en el Modelo Nacional de Salud (PROAPS)" de Honduras (enviaron 2 contrapartes y 1 experto japonés) en el año 2018, para intercambiar técnicas y conocimientos de sus actividades.
- Los C/P que participaron en el intercambio de las experiencias en la República Dominicana, se

interesaron de la metodología de la atención inmediata de puerperio. Por lo tanto trabajaron para reflexionar sobre las experiencias en sus propias actividades que ejecutan, Además fueron momentos de confirmar que la actividad que realizan Nicaragua en SMI y el fortalecimiento del MOSAFC están involucrando a la población.

- En el año 2015 y 2016 JICA organizó el Foro Internacional de Salud Comunitaria en Paraguay (enviaron 2 contrapartes y 1 experta japonés) y República Dominicana (enviaron 2 contrapartes y 1 experta japonesa). Y compartió las experiencias, desafíos y lecciones aprendidas con la ejecución de Proyectos similares en otros países de Latinoamérica. Además se realizó el Foro Internacional y se compartió las experiencias y Buenas Prácticas del Proyecto con la cooperación de JICA Central y 6 oficinas de JICA de otros países.
- En la realización del Foro internacional, el MINSA tuvo la oportunidad de confirmar objetivamente los éxitos de su gestión y su avance en salud familiar y comunitaria en el país.
- El Proyecto cooperó con 4 enfermeras obstetras voluntarias japonesas de JICA, fueron enviadas por el Programa de SMI en el área objetivo del Proyecto. Los contenidos de cooperación fueron la información básica del MINSA, compartir las actividades de SMI, aprendizaje y asesoramiento técnico de materiales educativos.
- El Proyecto acompañó la visita a la Alcaldía Municipal de Nueva Guinea con la misión de la construcción del Hospital Departamental en Nueva Guinea.

Con estas actividades mencionadas los C/P profundizaron sus conocimientos de los diferentes esquemas de la cooperación de JICA.

6-2. La cooperación con otras agencias de cooperación

- Para el estudio LB el Proyecto solicitó la información del Programa de SMI y Donación de Equipos Médicos con OPS/OMS, Unicef, BID y FUDEN (ONG Internacional) y se reflejó en las actividades. La OPS/OMS está cooperando en las actividades de SMI en 6 Municipios del Proyecto. Además de intercambiar opiniones de las actividades se coordinó el Foro Internacional que se realizó en marzo 2019. Con la ejecución del Proyecto se pudo mantener buena comunicación y coordinación de la función de la cooperación con OPS. Ya que OPS realiza la asistencia técnica priorizada a la política del MINSA y el Proyecto SAMANI concentra la asistencia técnica a la práctica en el campo.

7. Verificación de los factores contribuyentes y restrictivos

7-1. Factores que contribuyen para el Proyecto

- Las actividades del Proyecto basadas en el MOSAFC se aceptaron y establecieron fácilmente, ya que se insertó en las funciones y actividades rutinarias del MINSA, además fue acorde a los recursos humanos y el presupuesto existente del MINSA.
- En el CTOD semanal, los ejecutivos de los SILAIS no solo realizaron un seguimiento de las actividades del Proyecto, sino que también mantuvieron una estrecha comunicación con el Proyecto diariamente. Por lo tanto los ejecutivos conocían los detalles del Proyecto y realizaron el manejo de las actividades, búsqueda de posible solución a problemas de las actividades y monitoreo y evaluación sin ningún atraso.

7-2. Factores restrictivos para el Proyecto

A pesar de los acontecimientos de conflicto en el país, las actividades del Proyecto no se vieron muy

afectadas, excepto la ejecución de la encuesta CAP de la línea final, el foro internacional. Sin embargo las actividades del resultado 3 del Proyecto hubo temporalmente limitaciones por dificultad de movilización. Sin embargo, las actividades se replanificaron y se ejecutaron. Pero en la encuesta CAP, algunas madres negaron la encuesta por desconfianza por la situación del país. En la mayoría de los indicadores del Proyecto se necesita el cambio de comportamiento de las protagonistas como captación temprana de embarazadas, atención puerperio inmediato, VPCD y uso de Casa Materna. Por lo tanto, había posibilidad que afecte a los indicadores del Proyecto.

IV. Resultado de la Evaluación conjunta con los 5 criterios de CAD/OCDE

1. Metodología de la Autoevaluación

Se realizó Autoevaluación conjunta con la participación del equipo japonés (Ver cuadro 41) y el equipo nicaragüense (Ver cuadro 42), según el Lineamiento de JICA para la Evaluación de Proyectos, Versión 1.1.

Cuadro 41 Los miembros del Equipo japonés

	Nombre y Apellido	Organización y Cargo
1)	Jiro Nakamura	Líder del Proyecto / Salud Comunitaria, Proyecto SAMANI (Responsable de la Evaluación)
2)	Sakiko Watanabe	Sub Líder / Salud Comunitaria / Coordinadora del Proyecto SAMANI
3)	Naoko Ishihara	Materno – Infantil
4)	Byron Pérez	Asistente técnico del SILAIS Zelaya Central, Proyecto SAMANI
5)	Doribel Tercero	Asistente técnica del SILAIS Chontales, Proyecto SAMANI
6)	Esequiel Núñez	Asistente técnico del SILAIS Chontales, Proyecto SAMANI

Cuadro 42. Los miembros del Equipo nicaragüense

	Nombre y Apellido	Organización y Cargo
1)	Carlos Cruz	Director General de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), (Responsable de la Evaluación)
2)	María de los Angeles Boedeker	Directora de la DCE
3)	Dilma Sirias	Directora General del SILAIS Chontales
4)	Marisol Mejía	Responsable de Servicios de Salud, SILAIS Chontales
5)	Fernando Canales	Director General del SILAIS Zelaya Central
6)	Alonso Taleno	Responsable de Servicios de Salud, SILAIS Zelaya Central

Proceso

- ① Elaboró el Cuadro de Evaluación (Ver anexo ⑫) y consensuar el diseño de la evaluación.
- ② Recopiló información de los actores involucrados mediante el estudio de documentos, encuestas y entrevistas en base al Cuadro de Evaluación.
- ③ Verificó los resultados alcanzados, avances de insumos y los indicadores, basándose en el R/D y la PDM.
- ④ Identificó los factores impulsores y obstaculizadores en el plan y el proceso de ejecución del Proyecto.
- ⑤ Analizó la totalidad del Proyecto en base a los 5 criterios de evaluación (pertinencia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad) y reflejar los resultados en el Informe de Progreso. Ver el Cuadro 43.
- ⑥ Realizó discusiones entre los actores involucrados basándose en el Informe de Progreso, y reflejar los resultados en el Informe Final de la Primera Fase del Proyecto.

Cuadro 43. Resumen de los 5 criterios de evaluación de CAD/OCDE

Criterios	Resumen
-----------	---------

Pertinencia	Grado de compatibilidad entre los lineamientos y las prioridades de la Política del receptor y del donante en relación con el grupo meta del Proyecto.
Efectividad	Medida del alcance de las actividades que ayudan al logro de los objetivos.
Eficiencia	Medidas de los productos cualitativos y cuantitativos en relación con los insumos. Este es un término económico que se emplea para evaluar el alcance al cual la ayuda utiliza los recursos menos costosos posibles con el fin de lograr los resultados deseados. Esto requiere generalmente comparar abordajes alternativos para lograr los mismos productos y ver si el proceso más eficiente que se había adoptado.
Impacto	Cambios positivos y negativos producidos por la intervención para el desarrollo, directa o indirectamente, intencionada o no intencionada. Esto incluye los impactos y efectos principales que se generan de las actividades sobre los indicadores locales sociales, económicos, ambientales y de otros para el desarrollo.
Sostenibilidad	Se cuestiona si los beneficios de las actividades continuarán después de que la financiación del donante se retire. Los Proyectos necesitan ser sostenibles tanto ambientalmente como financieramente.

Fuente: Guía para la Evaluación de Proyectos – Lineamientos de JICA para la Evaluación de Proyectos, Versión 1 (junio 2016)

2. Pertinencia

El presente Proyecto se enmarcó en las Políticas de Salud de Nicaragua y las Políticas de Asistencia del Japón, así como también en las necesidades de las áreas objeto del Proyecto. Asimismo, se determinó que la ejecución del Proyecto era válida debido al enfoque que posee el mismo. A continuación, se detalla la justificación del Proyecto.

2-1. Concordancia de la necesidad en el área objeto del Proyecto

Las condiciones geográficas, las características del territorio, aunadas a la gran proporción de familias que vive en áreas rurales dispersas, la influencia cultural marcada por el machismo, los bajos niveles de instrucción y la pobreza se expresan en difícil acceso tanto geográfico como cultural de muchas comunidades a los servicios de salud en el área objeto del Proyecto. Por ello se identificó como necesidad el fortalecimiento del MOSAFC para abordar los mismos. En el Estudio de planificación detallada del Proyecto, se identificó la necesidad de mejorar la calidad de atención y elaboración de las actividades prácticas del ESAFC en las áreas objetos del Proyecto. El Proyecto tiene el objetivo de mejorar las necesidades antes mencionadas y el manejo gerencial de Salud Pública. Por lo tanto hay concordancia de las necesidades y las áreas objeto del Proyecto.

2-2. Concordancia de la necesidad del grupo objetivo

La concordancia de la necesidad del Proyecto y el grupo objetivo de mujeres gestantes, parturientas y niños menor de 2 años por lo siguiente:

- En el área objeto del Proyecto, la Razón de Mortalidad Materna (186.0/100 mil nacidos en el año 2011) y la Tasa de Mortalidad Neonatal (15.1/un mil nacidos vivos en el año 2013) eran altas al momento del estudio de la situación de salud para la ejecución del Proyecto.
- Desde la Fase 1, se ordenó el sistema para la prestación de servicios integrales de SMI basados en el

MOSAFC, que es el modelo de la política nacional de salud que se ha establecido como un mandato Constitucional, por tanto, hay concordancia de las necesidades del grupo objetivo.

- En la población del área objeto del Proyecto existe alta ruralidad y difícil acceso, lo que se convierte en un factor de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas, parturientas y niños menores de 2 años.
- Con la implementación de las actividades del ESAFC en forma práctica se mejoró la capacidad de prestación del Servicio de SMI y la práctica de las actividades de salud con la participación comunitaria a las familias en los Sectores de Salud. Por tanto, hay concordancia sobre las necesidades SMI para el grupo de beneficiarios indirectos como mujeres embarazadas, parturientas y niños menores de 2 años.

2-3. Coherencia de la estrategia de cooperación del Gobierno japonés

El Lineamiento de la Cooperación en Nicaragua del Ministerio de Relaciones Exteriores de Japón contempla como una prioridad del sector el “Desarrollo Social para la Población y las Áreas”. A fin de ayudar a la población empobrecida de las zonas rurales y los barrios necesitados de la capital, el Gobierno de Japón contribuirá a mejorar la calidad de vida con el fortalecimiento de la calidad de la educación primaria y secundaria, incluyendo el acondicionamiento de las instalaciones y la mejora en la atención a la salud y la higiene. Por tanto, hay concordancia de la ejecución del Proyecto y el Lineamiento de JICA. Además, la "Política de Salud Internacional 2011-2015" del Gobierno de Japón, incluye el objetivo de mejoramiento de las condiciones de salud a mujeres gestantes, parturientas y recién nacidos con énfasis en la atención continua y de alta calidad. En el año 2013 se presentó la "Estrategia Diplomática de Salud Global" que prioriza la Transformación Social para la Cobertura de Salud Universal. La coherencia del Proyecto con las políticas de cooperación del Japón es alta.

2-4. Coherencia de la Estrategia Nacional de Salud en Nicaragua y el Proyecto

Los "Planes Nacionales de Desarrollo Humano 2012-2016 y 2017-2021", "Política de Salud", "Plan Plurianual de Salud 2011-2015 y 2015-2021", el MOSAFC y otras políticas de salud mantienen como prioridad de primera línea la salud de las mujeres embarazadas, parturientas y niños menores de 2 años, por tanto, hay coherencia con la política nacional, para promover, mejorar y fortalecer la SMI con el Proyecto.

2-5. Ventaja comparativa de la Técnica japonesa

En el Proyecto se refleja la ventaja comparativa de la tecnología japonesa de las experiencias de la Cooperación Técnica en SMI y otros campos de la salud.

① Aprovechamiento de recursos existentes

En el Proyecto "Fortalecimiento de Salud Reproductiva en Adolescencia" (2005 al 2009) y el Proyecto de SMI en los Departamentos de Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá en la República de Guatemala (2011 al 2015) fueron de uso efectivo, el sistema y recursos existentes como el Comité de Salud Municipal, Club de Adolescentes, Promotores de Adolescentes para obtener los resultados. El Proyecto SAMANI también aprovecha los recursos existentes como las normas, manuales, recursos humanos y organización comunitaria, mediante la utilización de forma apropiada se asegura la eficiencia y la persistencia del Proyecto.

② La Sistematización del Monitoreo, Evaluación y Retroalimentación

El Proyecto "Fortalecimiento de Salud Comunitaria en SILAIS Granada" (2000 al 2004) demostró

la importancia del proceso de aprendizaje para aplicar el conocimiento adquirido de la capacitación. Este proceso utilizó el ciclo de Monitoreo, Evaluación y Retroalimentación. El Proyecto SAMANI realiza las reuniones de cada nivel y aplica este proceso.

③ La sistematización del Modelo de actividad de participación comunitaria

El "Proyecto Control de la Enfermedad de Chagas" (2008 al 2014) que se ejecutó en Centro América, implementó la Vigilancia del Vector con participación Comunitaria. Con esta experiencia aumentó la conciencia de salud de la población, fomentó el uso de servicios de salud y se ha confirmado que contribuyó a mejorar la salud de las poblaciones, lo que es retomado por SAMANI.

④ Formación del Comité con el objetivo de mejoramiento de la calidad de atención

El Proyecto "Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana (2007 al 2011) se ejecutaron con el interés de contribuir al desarrollo de las capacidades en la formación de enfermeras y enfermeros, como un nuevo reto, para seguir contribuyendo al mejoramiento de la formación de recursos de enfermería en los países de Centroamérica y El Caribe. Para mejorar la calidad de educación del docente de enfermería, se formaron cuatro Comités: Central como Comité de la estandarización de la currícula de Educación en Enfermería, Comité de la Integración Docencia-Servicio en el área de enfermería, Comité de Salud Comunitaria y Comité del Proceso de Enfermería en el Ministerio de Salud de cada país. Después de la formación de los Comités para la capacitación, se ejecutaron análisis del problema, planificación de la capacitación, elaboración de los materiales y se implementó la capacitación. Además, se formaron los Comité local, que se capacitaron por los miembros del Comité Central.

2-6. Cambios de la situación entorno del Proyecto

En la Fase 2 aumentó en un 30% los Sectores de Salud en las áreas objeto del Proyecto. Al inicio del Proyecto en julio 2015 existían 124 sectores (Chontales 70 y Zelaya Central 54) y actualmente existen 161 sectores (Chontales 87 y Zelaya Central 74), permitiendo mejorar el acceso a los servicios, sin embargo no hubo afectación en la ejecución del Proyecto.

3. Efectividad

Cuatro de los cinco indicadores de los objetivos del Proyecto ya se han alcanzado, y el restante aún no se ha alcanzado, ya que todavía no es momento para evaluar, pero es muy probable que se logre según lo siguiente.

3-1. Las condiciones externas de los Resultados de la PDM para lograr los indicadores del Proyecto

Según acuerdo del Plan de Trabajo del Proyecto, durante la Fase 1 del Proyecto, se estableció un programa de capacitación sobre la SMI para el cumplimiento del Objetivo del Proyecto, se organizaron las 13 Actividades básicas del ESAFC y se implementó en los Sectores de Salud Pilotos. Se verificó la efectividad de las actividades implementadas. En la Fase 2 se amplió las actividades a todos los 14 Municipios. Los expertos japoneses y los Asistentes Técnicos del Proyecto acompañaron el Monitoreo y Evaluación que ejecutan los SILAIS y los Municipios para el asesoramiento técnico de dicha actividad y la retroalimentación de los resultados. Con estas actividades se fortalecieron los recursos para la Atención de SMI y la Sistematización de las actividades básicas del ESAFC. El MINSA Central y los SILAIS

promovieron las actividades positivamente respecto a las actividades planificadas del Proyecto y los productos del Proyecto se elaboró como se planificó. Por lo tanto se alcanzó la meta de los objetivos del Proyecto , excepto el objetivo del Proyecto 4. Sobre el objetivo del Proyecto 4 , en la reunión del Comité Operativo que se realizó en mayo del 2019, se planificó el Plan de mejora para alcanzar la meta. Con la ejecución del Plan de mejora hay posibilidad de alcanzar la meta del Proyecto.

3-2. Las condiciones externas para lograr el objetivo del Proyecto del nivel de Actividades

Por la suspensión de las actividades fuera de su sede causada por la crisis política durante mayo a julio 2018, se dificultó realizar los acompañamientos técnicos y monitoreos de las actividades a los Sectores de Salud. Además, en algunos Sectores de Salud hubo que suspender algunas actividades (funcionamiento de CM, PSFC y visita comunitaria), sin embargo, aún no se ha confirmado su efecto. El MINSA mantuvo la asignación del personal, el presupuesto y suministro de medicamentos, por lo tanto no hubo afectación de las condiciones externas.

3-3. Los resultados que contribuyó al logro del objetivo del Proyecto

- El personal de salud fortaleció sus capacidades de prestación de servicios a las mujeres gestantes/parturientas y a los niños menores de 2 años, a través del Programa de capacitación y los acompañamientos técnicos y la dotación de los equipos médicos básicos a los establecimientos de Salud.
- Los SILAIS y los municipios que administran Primer y Segundo nivel de los establecimientos de salud, se fortaleció la capacidad administrativa utilizando la metodología del ciclo de mejora “PHVA” en el proceso de implementación del ATI.
- La implementación de la metodología del ciclo de mejora “PHVA” en la Evaluación Semestral y Taller y Comité Operativo que se realizó periódicamente, los SILAIS y los municipios lograron aumentar el entusiasmo para alcanzar la meta del Proyecto y creó conciencia de rivalidad de cada uno para esforzar las actividades. Con el acompañamiento técnico de manera adecuada y la conciencia de rivalidad, se mejoró la calidad de servicios, por lo tanto fue efectivo para lograr las metas.
- Se logró la mayoría de la meta del Proyecto con el Programa de Capacitación y las actividades básicas del ESAFC que se sistematizó en la Fase 1 y la implementación de dichas actividades a los 14 Municipios. Además, los SILAIS y los Municipios realizan continuamente y adecuadamente el monitoreo y la evaluación de las actividades con asesoría técnica, el plan de mejora y la capacitación en tiempo oportuna.

3-4. Establecimiento de los indicadores del Objetivo del Proyecto

- Se modificó los indicadores de los Objetivos del Proyecto 1 y 3, para que pueda evaluar los resultados de las actividades del Proyecto directamente y en corto plazo, además se modificó la fórmula que se usa para el cálculo de los indicadores “Número estimado” a “Número de captación” que refleja la realidad de la situación.

4. Eficiencia

Las actividades del Proyecto utilizan los recursos existentes del sistema del MINSA, tales como, las normas nacionales y se convirtió de manera eficiente a los resultados. Por lo tanto los inversiones japoneses de la calidad, la cantidad y tiempo fue oportuno y se utilizó correctamente para producir los resultados. Por lo tanto hubo eficiencia del Proyecto.

Los indicadores de los resultados del PDM se han logrado o hay posibilidad de alcanzarlos antes de la finalización del Proyecto.

4-1. Los insumos adecuados según el Plan Operativo

- Por el lado de Nicaragua, se seleccionó los recursos que tienen experiencias para miembros del Comité técnico de SMI, Facilitadores de la Capacitación y Comité Referencia y Contrarreferencia y además de los miembros seleccionados, participaron activamente otros recursos en las actividades. Además la instalación de la oficina del Proyecto en el SILAIS Chontales y SILAIS Zelaya Central en la Fase 1, facilitó la coordinación fluida de las actividades. Y en la Fase 2 se instaló la oficina en la DGSS para la revisión y aprobación de los productos, coordinación y realización del Foro Internacional y el seminario nacional también pudo realizar la coordinación y actividades fluidamente.
- Las actividades del Proyecto utilizaron los recursos existentes del sistema de Salud Pública, tales como, las normas nacionales, reuniones de cada nivel como los Consejos Técnicos, monitoreos, educación continua y recursos humanos que garantizan costo efectividad, facilita la participación, apropiación de las actividades y pueden llevarse a la práctica de manera eficiente.
- Por el lado del Japón, el envío de los expertos japoneses a largo plazo con experiencia en SMI y Salud Comunitaria responsables de las tareas altamente especializadas y a corto plazo con experiencias en Salud Pública y Promoción de Salud, han contribuido a los resultados obtenidos. Además, la asignación de asistentes técnicos facilitó la comunicación, coordinación y avance de las actividades con los SILAIS y los Municipios.
- En las Unidades de Salud de primer y segundo nivel de atención, el Proyecto estudió y analizó los equipos médicos que se necesitaban para la atención básica de SMI, por lo tanto se donó los equipos seleccionados. Con la donación, se estableció un ambiente básico en las Unidades de Salud para prestar de manera más confiable la atención de mujeres gestantes/parturientas y niños.

4-2. Cambio de las condiciones externas de los resultados de la PDM y factores impedidos obstaculizadores

- No ha cambiado la condición externa
- Los factores que han afectado al Proyecto a raíz de la crisis política son:
 - ① El personal de salud de algunos Sectores de Salud no estuvieron activos en el Sector por la situación de seguridad.
 - ② A raíz de la crisis política, se suspendió o replanificó el estudio de línea final, el Foro Internacional, entre otras actividades del Proyecto.

4-3. La cantidad y calidad de los insumos para realizar las actividades

- Los insumos suministrados tanto por el lado de Japón y Nicaragua son suficientes para las actividades contempladas del Proyecto.
- Las actividades del Proyecto utilizan los recursos existentes del sistema de Salud Pública para evitar mayor inversión para las actividades para lograr la meta del Proyecto.
- Hubo solicitud de incentivos, como refrigerio y pago de transporte para la Red Comunitaria, sin embargo, considerando la sostenibilidad de las actividades no se invirtió en esta solicitud, ya que el MINSA generalmente no cuenta con el presupuesto para esta actividad. Aunque no se cuenta incentivo económico, los Sectores de Salud ejecutaron sus actividades.

4-4. El tiempo de intervención para realizar las actividades

Las actividades se ejecutaron como se programó y de manera oportuna. Aunque hubo disminución de las actividades del Proyecto en el período de la crisis política de abril-julio 2018, pero no se paralizaron las actividades, se considera que el tiempo de intervención es adecuado para las actividades, pero muy corto para producir impacto.

5. Impacto

Según los resultados y comparación de los estudios de Línea Base y Línea final como el estudio de CAP y estudio de verificación actual de los servicios de SMI, se confirmó lo significativo de las actividades del Proyecto. Y la Guía de las actividades y el programa de monitoreo y evaluación que implementó el Proyecto son más prácticas y útiles ya que se utilizaron a través de las normas vigentes y los recursos existentes del MINSA. Por lo tanto adopta altamente el sistema de salud pública de Nicaragua. En el futuro hay alta posibilidad de que se extiendan las actividades del Proyecto a nivel nacional.

5-1. Expectativas de alcance del Objetivo Superior del Proyecto

Los indicadores del objetivo superior del Proyecto ya se alcanzó en el periodo del enero al diciembre del 2018 y no hay obstáculos particulares para las metas del objetivo superior del Proyecto.

5-2. Cambio de la condición externa del Objetivo del Proyecto para lograr el Objetivo Superior del Proyecto

- Continúan siendo válidas las condiciones externas del financiamiento, permanencia de personal de salud, declaración de emergencia nacional de Salud Pública.
- A pesar de la alerta epidemiológica por Enfermedades de Transmisión Vectorial, no hubo afectación de la política de atención en SMI y no hubo cambio de la condición externa.

5-3. Impactos positivos o negativos, excepto el Objetivo Superior del Proyecto

- Los impactos positivos son los siguientes:

“Impactos en el área objetivo del Proyecto”

- ① En algunos Sectores de Salud, se activaron las actividades de los trabajadores de salud en las comunidades, se derivó la construcción o mejoramiento de Casa Base por parte de la población de las comunidades.
- ② Los facilitadores que formó el Proyecto son responsables del Programa de Capacitación en SMI del Proyecto y los diferentes temas de salud que aborda el MINSA.
- ③ La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, sede de Juigalpa comenzó a utilizar la Guía Básica de las actividades del ESAFC como material educativo para su práctica de pasantía en la facultad de enfermería.

“Impactos para la ampliación a nivel nacional”

- ① La DGSS del MINSA decidió abordar los hallazgos de los datos de SILAIS y Municipios en evaluaciones trimestrales para resolver la diferencia entre SILAIS y Municipios que este Proyecto identificó en la encuesta de la LB.

- ② La visualización del sistema de Referencia y Contrarreferencia, manejo de los datos y retroalimentación. El resultado está siendo compartido a los otros SILAIS del país por la DGSS.
- ③ La DGSS presentó la Guía Básica de las actividades del ESAFC en el Consejo Técnico de Servicios de Salud como inicio de la difusión a nivel nacional.
- ④ El MINSA aborda el Acompañamiento Técnico que se mejoró con el Proyecto y los técnicos del MINSA realizan el ATI a cada SILAIS.
- ⑤ El SILAIS Chontales coordinó con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de León para la formación de Enfermeras y adoptaron la Guía Básica de las actividades del ESAFC para su práctica y el material educativo.

➤ El impacto negativo no ha sido confirmado.

5-4. Impacto en la diferencia de género, etnia o condición social

- Las actividades del ESAFC consideran la cultura y costumbre de la zona y no limita compartir roles por el género. Los hombres y las mujeres aprovechan sus respectivas características y habilidades para prevenir riesgos de salud y apuntan al mantenimiento de la salud. Son actividades sensibles al género que se enfocan en mujeres embarazadas y niños, Además, se toma en consideración el aspecto social, enfocándose principalmente en áreas remotas y personas de escasos recursos.
- Las actividades de los ESAFC son: Promoción de salud, prevención, atención y rehabilitación con trabajo conjunto de la población y la atención extra-muro. También, toma en cuenta la influencia económica, debido a que la carga económica puede reducirse para los pacientes que no pueden viajar hasta el puesto de salud y personas de escasos recursos económicos.

6. Sostenibilidad

Generalmente la sostenibilidad es alta.

Desde abril a raíz de la crisis política ocurrida en el país, se produjeron violencias y bloqueos de carreteras, pero la administración del gobierno ha continuado y no se han confirmado los cambios en la política de salud. La sostenibilidad política e institucional de las actividades del Proyecto es alta, si no afectan las condiciones externas. Desde el punto de vista técnico, los efectos se desarrollan en toda el área objetivo del Proyecto y es muy probable que la actividad del Proyecto continúe incluso después que haya terminado.

6-1. Sostenibilidad Política o Sistema

- La política de SMI es un tema del “Plan Nacional de Desarrollo Humano”, por tanto, no ha cambiado.
- El MOSAFC es una Política de salud del país, por tanto, existe la posibilidad que las actividades del ESAFC que pretende implementar el Proyecto continúen obteniendo la aprobación del Ministerio de Salud.
- Las Normas del MINSA en repetidas ocasiones se revisan, modifican y actualizan, por lo tanto, en el Proyecto se revisan los textos de capacitación según sea necesario y según actualización de las Normas. Además, los materiales de promoción como calcomanía y afiche son validados a nivel local y aprobados por el MINSA de acuerdo a las políticas de comunicación del país. Por tanto, es posible que los productos generados por el Proyecto se utilicen en todo el país, incluso después de la terminación del Proyecto.

6-2. Sostenibilidad institucional y financiamiento

Hay alta sostenibilidad institucional y financiamiento por las razones siguientes:

- La toma de decisión de las actividades principales del Proyecto se hace básicamente en los Consejos Técnicos de SILAIS, Municipios y Sectores de Salud, por tanto, hay alta sostenibilidad.
- Con respecto a la capacidad institucional del MINSA, si el personal está asegurado, se puede considerar que la sostenibilidad es alta.
- En relación a las actividades comunitarias y sus detalles se toma la decisión en el SILAIS, Municipios y Sectores de Salud.
- El MOSAFC es un mandato Constitucional, por tanto, hay un compromiso institucional de completar paulatinamente al personal de los ESAFC con recursos originarios de las comunidades del Sector. Existe un proceso de formación de auxiliares del MOSAFC que son originarios de los Sectores de Salud, el cual es becado y la institución está comprometida en contratarlas una vez que termina su estudio para servir en su comunidad. Por lo cual, están asegurados los recursos faltantes para integrar el ESAFC, de esta manera podría considerarse que la sostenibilidad es alta.
- El Proyecto está basado en las actividades existentes y normativas vigentes, está dentro de sus actividades y el presupuesto del MINSA, por tanto, hay alta posibilidad de mantener su presupuesto.
- El presupuesto 2018 se redujo en relación con el de 2017 en el rubro de inversiones en infraestructura, debido a que las construcciones sufrieron demora en su avance debido a la imposibilidad de movilización generada durante la crisis de abril a julio 2018, sin embargo, los rubros presupuestarios dirigidos a la operación del sistema no fueron modificados. En 2019 el Presupuesto General de la República no contemplan disminuciones presupuestarias.
- El MOSAFC es la base del desarrollo del sistema de salud de Nicaragua y la SMI es un pilar de la Política de Salud, es poco probable reducir el presupuesto en el futuro. Por tanto, la sostenibilidad financiera es alta.

6-3. Sostenibilidad Técnica

- Para mejorar la calidad del Servicio de SMI se formó facilitadores para la capacitación en los 14 municipios y se desarrolló la capacitación en forma de cascada. Los resultados del mejoramiento de la calidad han sido confirmados. Aunque las enfermeras auxiliares que tiene menos grado de formación, necesitan más tiempo para comprender los contenidos, los resultados demuestran ser satisfactorios. Por tanto, podría considerarse que la sostenibilidad es alta. Además, existe la posibilidad de la ampliación a nivel nacional cuando el programa de capacitación sea aprobado por el MINSA
- La implementación de las actividades del ESAFC en el Sector de Salud se cumplió en un 100% (161 Sectores de Salud) como se había planificado y se demostró que funcionan las actividades del ESAFC en el Sector de Salud. Los SILAIS se comprometen a dar continuidad a las actividades y realizan el monitoreo y evaluación en base a las evidencias en cada trimestre. Por tanto, se considera que la sostenibilidad es alta. Además, con la documentación de las Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC se puede fortalecer la sostenibilidad como un manual para lograr dificultades encontradas durante el proceso de la ejecución de las actividades.
- El ATI por los SILAIS inició en el mes de septiembre del 2016. Se ha establecido el mecanismo de ATI, durante el acompañamiento Técnico, se propone el plan de mejora, se monitorea en el CTAM y se retroalimenta los resultados en CTAD.
- Los equipos donados se administran utilizando el inventario existente para monitorear su adecuado

funcionamiento. Con respecto al mantenimiento de los equipos, se garantizará asegurando el presupuesto de mantenimiento de los equipos que funcionan mal.

- Está confirmado que el Programa de Capacitación, las Actividades del ESAFC y Referencia y Contrarreferencia trabajan con el liderazgo del MINSA y los SILAIS, se considera que la sostenibilidad y el efecto se pueden medir trabajando y coordinando en conjunto entre la DGSS, Dirección General de Planificación y Desarrollo (DGPD), Dirección General de Docencia ((en adelante “DGD”) y otros, en el futuro despliegue nacional.

6-4. Sostenibilidad social, cultural y ambiental

- El MOSAFC es un modelo que se basa en las acciones protagónicas de la RC con su comunidad acompañada del personal de salud del Sector para promover la salud de las familias y las comunidades, prevenir enfermedades, atender y tratar oportunamente a los enfermos. En Nicaragua tradicionalmente ha existido una fuerte participación de voluntarios en actividades comunitarias para el fomento de la salud que expresan la solidaridad entre las familias, por tanto, hay alta sostenibilidad social y cultural de las actividades del ESAFC. Además, el país cuenta con una clara política de equidad de género como Ley 648 “Ley de igualdad de derechos y oportunidades” y Ley 779 “Ley integral contra la violencia hacia las mujeres” que abordan la equidad de género y de lucha contra la pobreza como el “Plan Nacional de Desarrollo Humano”

7. Consideraciones

De acuerdo con la contraparte institucional, la situación y problemas encontrados en la ejecución del Proyecto para aumentar la eficiencia, alcanzar los indicadores, tener el impacto esperado, pertinencia y sostenibilidad del Proyecto. Se consideraron los siguientes aspectos:

- Énfasis en la apropiación del Proyecto por la C/P
Se hizo énfasis en la apropiación del Proyecto desde el inicio de este para institucionalizar las actividades del Proyecto. Con ese propósito, se hicieron esfuerzos para compartir las informaciones del Proyecto con las C/P para tomar decisiones de las actividades y los acuerdos de estas, como el acuerdo del Plan de Trabajo, la identificación y el intercambio de problemas para su reconocimiento y las prioridades de las actividades del Proyecto. Además, las actividades del Proyecto se diseñó de tal manera que se incorporen al mecanismo y recursos existente del MINSA como el presupuesto, los sistemas, las normativas, los tiempos y momentos de diferentes reuniones y los formatos existentes en la manera de lo posible. Como resultado, las actividades implementadas con el Proyecto se convirtió en un método práctico y simple y fueron aceptadas fácilmente por el personal de salud. Con la enfoque de la apropiación del Proyecto por la C/P, se aumentó la eficiencia y la sostenibilidad del Proyecto.
- Registrar, compartir, analizar y mejorar
Anteriormente en la mayoría de las unidades de salud en el area rural, se encargaban los médicos y enfermeras en servicio social y se cambiaban o rotaban estos recursos cada uno o dos años y no dejaban o compartían sus conocimientos suficientemente a los nuevos recursos. Por lo tanto, el Proyecto implementó registrar en actas las actividades con la RC y APS, exceptó consultas para compartir los conocimientos y problemas del Sector de Salud.
Además los acompañamientos técnicos del SILAIS a los municipios y municipios al Sector de Salud

que realizaban antes del Proyecto, los realizaban únicamente los técnicos de sus cargos o responsables de programa. Con el Proyecto implementaron la elaboración de actas que registran problemas, plan de mejora y acuerdos del acompañamiento de cada Sector de Salud del municipio con conocimiento del SILAIS, lo que permitió que los técnicos de los municipios que realizan el siguiente acompañamiento técnico conozcan o están enterados de la situación anterior. De esta manera, se estableció como herramienta para compartir la información como el seguimiento del acompañamiento anterior, aunque cambie el personal de salud del Sector. El contenido del acta lo pudieron utilizar para el análisis de problemas y aclarar o especificar las actividades que debe mejorar y se compartieron en los consejos técnicos y se pudo confirmar fácilmente el avance de las actividades como las evidencias de las actividades. Además, se convirtió en una herramienta importante para comparar hallazgos y buenas prácticas.

➤ Enfoque verticalista y de abajo hacia arriba

La RC en el Sector de la Salud eran esenciales para las actividades prácticas del ESAFC. Sin embargo, con instrucción e información de las actividades del ESAFC que viene en orden vertical, la RC se siente como una obligación. Además con el resultado de la Línea base del Proyecto se notó que algunos miembros de la RC, no expresaban sus opiniones, ya que tenían preocupación de hacer sentir mal al personal de salud. Con esta razón la capacitación con el Proyecto a los facilitadores de municipio y al personal del Sector de Salud, enfocó respetar a la RC que conocen mejor la situación de la comunidad más que el personal de salud y no sean autoritarios con ellos. Además los municipios se comunican directamente con los miembros de la RC, para participar en la reunión del Sector y conocen su cooperación en las actividades del ESAFC. De esta manera se aumentó la participación de la RC, se fortaleció la comunicación entre el personal de salud y la RC y se aceleraron las actividades del ESAFC. Con la comunicación directa del municipio y la RC, las necesidades y opiniones de la población llegaron rápidamente al municipio y se pudieron resolver algunos problemas rápidamente. El procedimiento de abajo hacia arriba como la comunicación de la RC con la dirección del municipio, se aumentó la motivación de la RC, cambió la actitud positivamente para cooperar con el MINSA y apoyaron al médico y la enfermera que visitan su comunidad.

➤ Acompañamiento de la jefatura inmediata en la evaluación y compartir buenas prácticas

Se suponía que el SILAIS realizaría evaluaciones y monitoreo en los ATI y acompañamiento en los CTAM de municipio y el municipio a su Sector de Salud. Sin embargo no lo realizaban como debería ser. Durante el Proyecto se estableció la ejecución de lo mismo y fomentó los acompañamientos técnicos del SILAIS al municipio, el municipio al Sector de Salud, se facilitó y compartió los hallazgos encontrados, análisis del problema y la elaboración del plan de mejora. De esta manera pudieron reflejar las políticas y las estrategias de salud a sus acciones. Además compartieron los alcances de los indicadores del Proyecto entre otros municipios y Sector de Salud, aumentó su motivación para mejorar sus actividades. Los técnicos de las jefaturas que acompañaban a las actividades, pudieron conocer las buenas prácticas y al mismo tiempo pudieron compartirlas a otras regiones. Por lo tanto las actividades se reforzaron efectivamente y eficazmente.

8. Lecciones aprendidas

En la implementación futura de la cooperación como proyectos similares de cooperación técnica y temas similares que pueden ser aplicables desde los puntos de vista de la eficiencia, la efectividad, el impacto y la sostenibilidad como los siguientes:

➤ Implementación del ciclo de PHVA.

El uso de la metodología del ciclo PHVA en las diferentes actividades ha sido de provecho y aprendizaje en el avance del desarrollo del Proyecto, como las Capacitaciones al personal de salud, implementación de la Guía Básica de las actividades del ESAFC y Evaluaciones Semestrales. Además, se aplicó en las reuniones rutinarias del MINSA como CTO y CTAD del SILAIS. Con el uso de la metodología del ciclo PHVA repetidamente en las diferentes actividades, se aumentó la sostenibilidad de las actividades por establecer las acciones de análisis, elaboración de plan de mejora, ejecución, monitoreo y seguimiento del mismo

➤ Compartir Buenas Prácticas

Se elaboró y compartió Buenas Prácticas de las actividades básicas de ESAFC para mejor entendimiento y consultar durante el desarrollo de las actividades. La sistematización de buenas prácticas se pueda aplicar con diferentes actividades y tener una idea para resolver los problemas de las actividades del ESAFC.

➤ Visualización del procedimiento de Flujograma de Referencia y Contrarreferencia

La elaboración del Flujograma de Referencia y Contrarreferencia para visualizar el procedimiento del mismo como el llenado de papelería y la comunicación basado en la norma existente, se aclaró las responsabilidades y el procedimiento de cada nivel, lo que tuvo como resultado la ejecución de Referencia y Contrarreferencia apropiadamente entre los nivel primario y secundario.

➤ Fortalecimiento de las coordinaciones con la Red Comunitaria

Las reuniones mensuales del ESAFC en el Sector Piloto de salud facilitan la comunicación entre el ESAFC y la comunidad y ayudan a promover las actividades del ESAFC para lograr los objetivos del Proyecto. Este espacio es una base fundamental de las actividades comunitarias para el desarrollo social, ya que no sólo se abordan actividades relacionadas a la salud.

➤ Acompañamiento técnico de SILAIS en CTAM

Se fortaleció la capacidad de análisis de problemas de salud en el Acompañamiento Técnico de SILAIS a los CTAM, mejorando la comunicación entre SILAIS, Municipio y Sector de Salud. Además, se ha mejorado la calidad de la CTAM y el análisis de problemas con la elaboración y seguimiento de los acuerdos registrados en el Acta como evidencia.

➤ Protagonismo de las C/P utilizando los recursos existentes

Para reflejar los resultados del Proyecto en la política de salud, desde el inicio del Proyecto se coordinó con el MINSA para que adopte las actividades del Proyecto dentro del trabajo rutinario y el presupuesto asignado del MINSA, no solo utilizando el sistema y las normativas existentes en la gestión administrativa de Salud. Las C/P coincidieron que este Proyecto no es una actividad especial por un

período limitado, por esta razón las actividades se establecieron en el trabajo rutinario y se fortaleció la conciencia del protagonismo de las C/P. Por lo tanto, se aumentó la sostenibilidad de las actividades del Proyecto.

➤ Forma adecuada de la cooperación local

Todos los expertos japoneses enviados tenían bastante experiencia en América Latina, podían comunicarse fluidamente en el idioma español y entenderse sin problemas. Además, estaban familiarizados con la cultura y las costumbres locales. Por lo tanto, se estableció una relación de confianza más sólida con las C/P. Los expertos japoneses no solo realizaron transferencia técnica, sino también crearon un ambiente de armonía, respeto y amistad con los beneficiarios del Proyecto. En el momento final del Proyecto, el MINSA evaluó que el método de transferencia técnica y la forma de actitud de acercamiento a los beneficiarios del Proyecto fueron excelentes.

9. Sugerencias

9-1. Sugerencia para el área objetivo del Proyecto

➤ Continuar los Acompañamientos Técnicos

Los SILAIS y los municipios deben esforzarse continuar los ATI y acompañamiento en los CTAM y en cada acompañamiento revisar avance de los acuerdos anteriores, resultados, ejecución de los planes elaborados, selección de problema, análisis y elaboración de plan de mejora. Y compartir los resultados de acompañamientos técnicos e identificar buenas prácticas. De esta manera, será posible trabajar sistemáticamente en problemas actuales y emergentes.

➤ Fortalecimiento de Contrarreferencia

Esto es con el objetivo de obtener el 100% de la atención continua para mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos referidos al hospital regional y garantizar el fortalecimiento de la atención del puerperio mediano y VPCD.

➤ Aplicación de las actividades del ESAFC en otros temas

Además de las 13 actividades del ESAFC establecidas en la ejecución del Proyecto, pueden agregar nuevas actividades como las enfermedades no transmisibles (en adelante “ENT”), control de enfermedades por arbovirosis, mejoramiento de la vida, etc. Y se pueden utilizar eficazmente los croquis elaborados, la información de las HSF y los mecanismos obtenidos a través de las actividades del ESAFC.

9-2. Sugerencia para ampliación de las actividades del Proyecto a nivel nacional

➤ Establecer el mecanismo de los Acompañamientos Técnicos

Para ampliar las actividades del Proyecto a nivel nacional sobre acompañamientos técnicos del MINSA al SILAIS, SILAIS al municipio, municipios al Sector de Salud. Deben implementar la metodología del ciclo PHVA y emplearlo en la práctica. Y se requiere un desarrollo integral de las capacidades que incluya no solo el MINSA, sino también la RC en las actividades del ESAFC.

➤ Divulgar la documentación de las buenas prácticas al nivel nacional

Para la divulgación de las buenas prácticas de las actividades del Proyecto en SILAIS Chontales y Zelaya Central, se documentó las buenas prácticas. Este documento no solo es entregar a los 17 SILAIS, si no, se necesita establecer el mecanismo de compartir las experiencias y lecciones aprendidas con otros lugares, la capacitación en forma cascada para utilizarla y ejecutar las actividades del Proyecto y el seguimiento y evaluación del mismo.

➤ Digitalización de las HSF

Retomar la digitación de las HSF la cual el MINSA la implementó con la cooperación de la OPS, pero que no culminaron. Con la digitación y compartir los datos va fortalecer MOSAFC. Y es posible aplicarlo y utilizarlo en diversos problemas de salud como las ENT.

VI. Consideración a lograr el Objetivo Superior del Proyecto

1. Perspectivas para el Objetivo Superior del Proyecto

Las metas de indicadores del Objetivo Superior del Proyecto durante enero a diciembre 2018 ya se alcanzó. Al finalizar el Proyecto, si no hubiese afectación de factores externos y se ejecutara el seguimiento y la evaluación semestral, podría aumentar la sostenibilidad, por tanto, hay alta posibilidad de lograr el Objetivo Superior del Proyecto.

2. Visión e idea para el Manejo y Ejecución de las actividades del Proyecto por el lado de Nicaragua

En los SILAIS y Municipio hay cambio de personal irregularmente. Por tanto, al momento de los cambios de personal, es necesario asegurar la entrega de las actividades relacionadas con el Proyecto en cada nivel. Además, se debe establecer la capacitación a médico y enfermeras en servicio social y auxiliar de enfermería de nuevo ingreso.

3. Propuesta para Nicaragua del Proyecto

- Ampliar la ejecución de los productos del Proyecto como el Programa de la Capacitación sistematizado, actividades Básicas del ESAFC, Sistema de Referencia y Contrarreferencia a los SILAIS fuera del área objeto del Proyecto.
- Fortalecer actividades como la captación antes de 12 semanas de embarazo, VPCD en el menor de 6 años, prevención de cáncer cérvico uterino, utilizando la HSF y CG, con lo cual se pueden ampliar los servicios de salud, ya que las actividades Básicas del ESAFC están sistematizadas.
- Cuando culmine la construcción del Hospital Regional de Zelaya Central, ejecutar la cooperación técnica sobre el manejo gerencial del Hospital aplicando las experiencias del Proyecto.
- Considerar las actividades de prevención de embarazo precoz, planificación familiar y programa de salud y nutrición donde hay alta incidencia de embarazo en adolescentes en el área objetivo del Proyecto.

4. Ejecución y Monitoreo después del Proyecto

- Por sugerencias de la oficina de JICA Nicaragua, con respecto al monitoreo después del Proyecto para la sostenibilidad de las actividades, la DGSS y DCE elaboraron el borrador del plan de sostenibilidad. Dicho plan se presentó en la reunión del Comité Operativo realizado en mayo del 2019. En la reunión se revisó el contenido del mismo y fue aprobado por los miembros de dicho comité.
- El plan de actividad para sostenibilidad del Proyecto
En el Comité Operativo en mayo del 2019 se acordaron las siguientes actividades:
 - ① Continuar las actividades de los Sectores de Salud para fortalecer la atención de VPCD (relacionado actividades 1, 2 y 3 de PDM)
 - ② El seguimiento del Censo Gerencial para fortalecer la atención prenatal, puérpera y niños recién nacidos. (relacionado actividades 1, 2 y 3 de PDM)
 - ③ Continuar el acompañamiento técnico integral con la metodología de PHVA. (relacionado actividades 1, 2 y 3 de PDM)
 - ④ Realizar la evaluación trimestral de la actividad del ESAFC. (relacionado actividades 1, 2 y 3

- de PDM)
- ⑤ Continuar los consejos técnicos en los SILAIS y los municipios. (relacionado actividad 3 de PDM)
 - ⑥ Continuar el Comité Referencia y Contrarreferencia. (relacionado actividades 1 y 3 de PDM)
 - ⑦ Continuar el Comité técnico de SMI. (relacionado actividades 1 y 3 de PDM)
 - ⑧ Realizar la capacitación a personal de salud. (relacionado actividades 1, 2 y 3 de PDM)
 - ⑨ Realizar el monitoreo del funcionamiento de los equipos donados dos veces al año. (relacionado actividades 1 y 3 de PDM)
 - ⑩ MINSA Central realiza el seguimiento de las actividades del SILAIS, elaborar la hoja de monitoreo, el seguimiento de los indicadores y las actividades del Proyecto. (relacionado actividades 1, 2 y 3 de PDM)
- El MINSA (DGSS y DCE) realizará la evaluación y monitoreo semestralmente con la coordinación de los SILAIS. La oficina de JICA Nicaragua acompañará siempre y cuando sea posible.
 - Los SILAIS elaborarán los resultados de la evaluación semestral de los indicadores del Objetivo Superior y Objetivo del Proyecto y los presentarán al MINSA y a la oficina de JICA Nicaragua. Además, verificarán y analizarán sus resultados de la evaluación trimestral de las actividades Básicas del ESAFC, número de ATI realizados, número de acompañamientos a CTAM de parte del SILAIS, indicadores de Referencia y Contrarreferencia y resultados de estándares de calidad.
 - Las actividades del Proyecto que necesita su seguimiento:
 - (1) La ejecución del Programa de Capacitación de SMI y las actividades Básicas del ESAFC.
 - (2) Resultado de Pre y Post test de la capacitación de SMI.
 - (3) Resultado de la evaluación trimestral de las actividades Básicas del ESAFC.
 - (4) Resultado de ATI y Acompañamiento a CTAM.
 - DGSS y DCE se informarán los resultados de monitoreo y evaluación, basado la hoja de monitoreo que se elaboró por la oficina de JICA Nicaragua.

Anexos

- Anexo ①. Listado de los Productos
- Anexo ②. PDM (ver.1~ver.3)
- Anexo ③. PO (ver.1)
- Anexo ④. Ayuda memoria de CCC (Primera a cuarta)
- Anexo ⑤. Hoja de Monitoreo (ver.1~ver.6)
- Anexo ⑥. Informe Final del Proyecto SAMANI
- Anexo ⑦. Informe de la Línea Base
- Anexo ⑧. Flujograma del Programa de capacitación de SMI basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA
- Anexo ⑨. Textos de Capacitación Materno Infantil de 5 temas (Versión 2) y PowerPoint presentaciones de Capacitaciones
- Anexo ⑩. Guía de Capacitación Materno Infantil de 5 temas para Facilitadores (Versión 2)
- Anexo ⑪. PowerPoint Presentaciones de 3 temas de reforzamiento de Materno Infantil
- Anexo ⑫. Guía Básica para Fortalecer el Trabajo del ESAFC (Versión 2) y Guía Básica de Buenas Prácticas de las actividades del ESAFC (Versión 2)
- Anexo ⑬. Guía para Facilitadores, Técnica y conocimientos básicos de Promoción de Salud para la Capacitación de Promoción de Salud (Versión 2)
- Anexo ⑭. Material de Apoyo para el Monitoreo a Nivel del ESAFC
- Anexo ⑮. Flujograma de Referencia y Contrarreferencia (Actualizado febrero 2019)
- Anexo ⑯. Propuesta del Foro Internacional e Informe de los Grupos de Trabajo
- Anexo ⑰. Informe de la Línea Final: Estudio de la Verificación de la situación de los Servicios de SMI
- Anexo ⑱. Informe de Línea Final: Encuesta CAP para la madres que tuvieron parto en el 2017
- Anexo ⑲. Informe de la encuesta a Médicos y Enfermeras en Servicio Social sobre las Actividades del ESAFC
- Anexo ⑳. Listado de Donación de Equipos en la Fase 1 y Fase 2