



# En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad

Estrategia de Cooperación de País  
Nicaragua, 2016-2021



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

## Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO.....	5
Enfermedades emergentes / reemergentes .....	10
Esfuerzos del gobierno ante la situación de salud del país.....	10
Alianzas y contribución del país a la agenda global de salud.....	11
3. REVISIÓN DE LA COOPERACIÓN DE OPS EN EL PERÍODO ANTERIOR.....	11
4. PROPUESTA DE AGENDA DE COOPERACIÓN.....	13
Prioridad 1: Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en salud .....	15
Prioridad 2: Fortalecer las capacidades del sistema de salud para la implementación del RSI y su articulación intersectorial frente a eventos de salud pública, emergencias y desastres. .	15
Prioridad 3: Fortalecer las capacidades del país para atención de la salud mental, reducción de la carga de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, accidentes de tránsito, y discapacidad. ....	16
Prioridad 4: Promover la salud en el curso de vida, con abordaje intersectorial de los determinantes de la salud.....	17
Prioridad 5: Fortalecer el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en los componentes de: atención familiar comunitaria e intercultural y desarrollo de redes de servicios. ....	17
Prioridad 6: Contribuir al desarrollo de tecnologías sanitarias, producción de biológicos e insumos médicos. Tecnologías sanitarias y uso racional de medicamentos. ....	18
Enfoques para la implementación de la estrategia.....	18
5. IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA: IMPLICACIONES PARA TODA LA ORGANIZACIÓN.....	19
Implicaciones para la oficina de país .....	19
Tema de sistemas y servicios de salud.....	19
Tema de enfermedades no transmisibles. ....	20
Tema de análisis .....	20
Transformación de puesto de saneamiento para puesto de desarrollo sostenible. ....	20
Gestión de recursos, construcción de alianzas y conformación de redes. ....	20
Implicaciones para el nivel subregional.....	20
Implicaciones para el nivel regional. ....	21
Implicaciones para el nivel global.....	21
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS.....	24

ANEXO -1 .....	24
Tabla 2. Indicadores seleccionados del Estado de Salud del Binomio Madre-Hijo.....	24
ANEXO - 2:.....	25
Principales causas de Mortalidad y AVPP .....	25
ANEXO-3.....	27
Tabla 3. Distribución de la mortalidad en hombres según grupo de edad. Nicaragua, quinquenio 2008 – 2012.....	27
Tabla 4. Distribución de la mortalidad en mujeres según grupo de edad. Nicaragua, 2008-2012.....	27
ANEXO 4 .....	28
Evaluación de la prioridades de cooperación .....	28
ANEXO 5 .....	29
Líneas de cooperación priorizadas por el Ministerio de Salud .....	29
ANEXO-6.....	30
Instrumento para evaluar ECP de país.....	30
ANEXO-7 .....	31
Prioridades Estratégicas, Esferas y Enfoques estratégicos.....	31

## 1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cooperación en el País (ECP) constituye para la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), un mandato de sus Estados miembros y refleja una perspectiva de mediano plazo para cooperar con los países. Precisa un marco estratégico de cooperación, a fin de lograr una mayor eficiencia, impacto y alineación de la cooperación técnica de todos los niveles de la Organización (global, regional, subregional y de país), con las prioridades nacionales. Asimismo, pretende lograr sinergias y complementariedad con otras agencias multilaterales y bilaterales de cooperación que trabajan en el país.

La ECP es el instrumento de la OPS/OMS, para guiar el trabajo de la cooperación técnica con los países y el principal instrumento de armonización de la cooperación con las demás agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU) y otros socios nacionales e internacionales para el desarrollo. Se enmarca en las funciones centrales de OPS/OMS, que son:

1. Ejercer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
2. Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, aplicación y difusión de conocimientos valiosos;
3. Definir las normas y patrones, y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
4. Formular opciones de política, que aúnen principios éticos y fundamento científico;
5. Establecer cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
6. Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Es un producto del trabajo con las autoridades y otros actores nacionales y se basa en la consulta con diferentes instituciones del Gobierno, así como agencias del SNU, agencias de cooperación bilateral y multilateral, sector privado, sociedad civil y organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas. La metodología desarrollada, contribuyó a determinar un amplio marco de opinión, e identificar potenciales alianzas y complementariedades con socios y aliados.

La estrategia contiene las principales prioridades de cooperación de la OPS/OMS con el país, los enfoques estratégicos que serán tomados en consideración para la implementación de los diferentes proyectos, así como las modalidades de cooperación que serán aplicadas. Para la elaboración de la ECP se contó con la participación de los diferentes niveles de la OPS/OMS (global, regional, subregional y de país).

## 2. SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO

Nicaragua es un país multiétnico y multicultural, ubicado en el centro del istmo centroamericano; actualmente se encuentra en una transición demográfica que culminará en el 2035; para el año 2015 se estima una población de 6,262,703 habitantes (2), un 8.6% se auto identifica como perteneciente a un determinado pueblo indígena o comunidad étnica (1). De esta población el 51% son mujeres, de las cuales 54% son Mujeres en Edad Fértil (MEF), 32% son menores de catorce años de edad, 63% de 15 a 64 años de edad y 5% de 65 a más años de edad (2); para una razón de dependencia de 59.7, una tasa de envejecimiento poblacional del 14%, una edad mediana de 22.9 años de edad (3) y una esperanza de vida de 74.5 años para ambos sexos, La tasa de mortalidad bruta es de 4.6 por cada mil habitantes y una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer (4). En términos demográficos la población es 57.3% urbana (3) y se distribuye en 15 departamentos, dos regiones autónomas y 153 municipios en una extensión territorial de 130,373.47 Km., para una densidad de población de 55 personas por kilómetro (2); 11% de la población habita en las dos regiones autónomas de la costa caribe, con una densidad poblacional de 14 habitantes por kilómetro (2), en una extensión que abarca aproximadamente la mitad del territorio nacional. Existe una tasa neta de migración internacional estimada para el 2010 de -6.34 por cada 1000 habitantes (5). En el período 1998-2014, la Incidencia de la pobreza general ha disminuido de 47.9 a 29.6 por ciento, comportamiento similar se observa en la pobreza extrema, la que pasa de 17.3 a 8.3 por ciento; disminuyendo la desigualdad social, la que, medida a través del coeficiente de Gini, ha pasado de 0.45 a 0.38 (6).

El país cuenta con una economía mixta basada en el sector agropecuario; con un sistema de gobierno democrático los ciudadanos ejercen su derecho a organizarse y participar en partidos o agrupaciones políticas, observándose un sistema de partidos tradicionalmente bipartidista. El partido gobernante es el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN). La estructura y funcionamiento político del país es a través de cuatro poderes: a) Poder Ejecutivo b) Poder Legislativo unicameral, c) Poder Electoral y d) Poder Judicial (22).

El Estado ha implementado una política exterior y de cooperación externa basada en los principios de independencia, soberanía y autodeterminación. Fue el primer país piloto para la implementación de la Declaración de París sobre armonización y alineamiento de la cooperación para el desarrollo, los fondos provenientes de la cooperación internacional están regulados por la Ley 550, considerando los procesos de planificación, asignación, ejecución y rendición de cuentas del presupuesto nacional (34). Las relaciones de las agencias de cooperación y los proyectos específicos están regulados por medio del decreto 22-2015, que tiene como objeto velar por la observancia de la norma sobre protocolos establecidos en las relaciones de cooperación diplomática internacional, a través de la Secretaría de Cooperación Externa (33).

Nicaragua participa en el ámbito regional en diversos procesos de integración, incluyendo la Organización de Estados Americanos (OEA); el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), el Parlamento Centroamericano (PARLACEN), la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) y la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI).

En el ámbito mundial, es Estado fundador de las Instituciones del Sistema Interamericano y del SNU y mantiene procesos de cooperación bilateral con los gobiernos de otras regiones, que incluyen un componente de cooperación en salud, investigación, desarrollo, ciencia y tecnología.

Según las tendencias de indicadores económicos y sociales, la gestión y políticas gubernamentales, implementadas en el sector social y económico, se reconoce como positiva. La educación presenta avances significativos que se expresan en la reducción del analfabetismo a un 3% en el 2010 (35) y en el incremento para el año 2014 de la tasa de retención a 91.8 y tasa de aprobación a 92.6% en educación primaria; este comportamiento es similar en educación secundaria cuya tasa de retención fue del 85.9 y la tasa de aprobación del 92.2%. La tendencia económica señala un crecimiento real de la economía de 4.5 en 2013 a 4.7% en 2014, caracterizándose por un crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) en

11,805.6 millones de dólares americanos (USD), un PIB per cápita de 1,904.7 USD y una inflación acumulada del 6.5% (31). La deuda pública es decreciente, con un total actual de 5,800.3 millones de dólares, que representa en términos del PIB el 40.6% (31). El empleo continuó con recuperación, reduciéndose la tasa de desempleo abierto en 6.8% (31), esto último ha significado en promedio, la afiliación de 710,071 personas al Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS), acompañado de un aumento del salario mínimo del 10.7%, el cual oscila entre los 108.6 y 244.1 USD (8). Del consumo per cápita anual en los hogares, el 42.3% es para alimentos, 17.7% en uso de viviendas, 5.3% en salud, siendo el 34.7% restante en educación, bienes, transporte y gastos personales entre otros; cabe señalar que pese a que el consumo per cápita anual es 6 veces más en el quintil más rico, se gasta dos veces más en el quintil más pobre en consumo por alimento (6). Al mes de octubre de 2014, las exportaciones sumaron 4,212 millones de dólares, representando un crecimiento interanual del 8.6% (9).

El país presenta una tendencia ascendente del índice de desarrollo humano (IDH), ubicándose en el 2014 en la posición 132 con 0.614 puntos, y con lo que pasó a formar parte de los países de estrato medio en desarrollo humano (10). Pese al gran avance en la reducción de la pobreza, el desafío para el desarrollo del país continúa siendo la reducción de pobreza general y extrema en zona rural.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), establece en sus lineamientos los objetivos de transformación y de desarrollo humano de la población nicaragüense, estableciendo para ello una estrategia, con base a doce lineamientos que combinan la continuidad de las políticas con la incorporación de nuevas prioridades (11). La política de salud ha estado centrada en la restitución del derecho de los nicaragüenses a un medio sano, mediante la salud preventiva y a la recepción de servicios integrales e integrados, gratuitos y de calidad, a través de la Implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC), que orienta el accionar a través de la inserción de las personas, familias, comunidad y otros actores sociales, permitiendo un abordaje sistemático e integral de la respuesta social a problemas endémicos y epidémicos del país (32).

Los objetivos estratégicos del Plan Plurianual de Salud 2011-2015, son:

1. Desarrollar una cultura nacional de promoción y protección de la salud.
2. Garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud de calidad.
3. Profundizar las reformas sectoriales de salud para consolidar el Modelo del Poder Ciudadano.

Para cumplirlos, el Ministerio de Salud (MINSAL), ha establecido las siguientes prioridades

1. Cumplimiento de las **metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**.
2. Atender sistemáticamente los **problemas endémicos y epidémicos del país**.
3. Desarrollar la **promoción de la salud** desde sus componentes de formación de estilos de vida saludables, la acción interinstitucional, la participación de la ciudadanía en la gestión sanitaria.
4. Continuar brindando **Atención Médica Gratuita, Humanizada y de Calidad**.
5. Consolidar el ejercicio de la **rectoría sectorial** en salud.

El país presenta avances significativos en los indicadores del estado de salud, enfrentando desafíos como: la acelerada transformación epidemiológica en la población, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, los riesgos sanitarios relacionados con el ambiente, incluidos cambio y variabilidad climática, calidad del aire en interiores, limitaciones de acceso y calidad de los servicios de agua y saneamiento. El reto del MOSAFIC continúa siendo la profundización y adecuación intercultural, la reducción de las brechas de atención a los grupos más vulnerables y la vigilancia de los factores de riesgos y protectores de la salud.

El sistema de salud está conformado por dos sectores, el público y privado. El sector público está integrado por el MINSAL, Servicios Médicos del Ejército de Nicaragua, Policía Nacional (PN), y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). El sistema cuenta con participación pública y privada para su financiamiento y prestación de servicios. El MINSAL es responsable por la rectoría sanitaria y principal prestador de servicios. La cobertura institucional de la atención es: MINSAL (65%), INSS (18%), Gobernación y Ejército (6%) e instituciones privadas y Organismos No Gubernamentales (11%) (12).

La Ley de Medicina Tradicional y Ancestral reconoce la atención a las enfermedades de filiación cultural en las comunidades indígenas y afrodescendientes, siendo un desafío importante el ejercicio efectivo de la regulación sectorial.

En el proceso de implementación del MOSAFC, la red de servicios del MINSA se ha incrementado, pasando de 1,209 unidades de salud en el 2010 a 1,230 en 2013, este incremento está basado en unidades de atención primaria: Hospitales primarios de 27 a 34 y puestos de salud familiar y comunitario de 1,003 a 1,017 (13), la gobernanza del sector público está definida en el Desarrollo Prospectivo de la Red de Servicios, que define la categorización de todos los establecimientos públicos de salud del país, la definición normativa de los tipos de unidades, la definición de redes y su visión futura, así como el plan de desarrollo inmediato, de mediano y largo plazo. Para las acciones que desarrolla en las comunidades, se cuenta con el apoyo de 163 casas maternas y 5,852 casas bases, además se cuenta en el sector público con una red de laboratorios, 31 en hospitales, 157 en centros de salud, 4 regionales y 1 laboratorio nacional de referencia (13). El total de camas censables es de 5,836 en sector público (13).

La fuerza laboral del MINSA es de 32,122 recursos humanos, de estos el 59.68% (19,171) corresponden a personal de atención a la población (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros técnicos de la salud). La densidad como promedio nacional de médicos es de 9.3 por 10,000 habitantes, la de enfermeras 7.5, la de auxiliares de enfermería 6.3 y de técnicos de salud 7.1; un diferencial de 6 veces más recursos humanos de salud en la zona del <sup>1</sup>pacífico, en relación a las zonas del <sup>2</sup>caribe, 3 veces más con respecto a los departamentos del <sup>3</sup>norte y 7 veces más con respecto a los departamentos del <sup>4</sup>centro del país (21).

El país cuenta con una Ley de Participación Ciudadana, que tiene por objeto promover el ejercicio pleno de la ciudadanía en el ámbito político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales, que permitan una interacción fluida entre el Estado y la sociedad nicaragüense (36). En este marco se ha profundizado la gestión en salud de las redes comunitarias en los 153 municipios del país, participando en espacios intersectoriales y en la implementación de planes de salud, impulsando la participación de las comunidades en acciones de promoción de prácticas comunitarias en salud materna y niñez.

El sector público de salud de Nicaragua tiene tres fuentes de financiamiento, i) tesoro nacional, ii) préstamos, iii) donaciones; en el año 2013 el presupuesto destinado a salud ascendió a 7.927.967 millones de Córdobas, de ellos 741,322 correspondieron a gastos de capital. Del total del presupuesto, 69,9% correspondió a rentas del tesoro, 6,4% a donaciones, 18,4% a alivios (Banco Mundial, Club de Paris, Banco Interamericano de Desarrollo), 4,2% a préstamos y 1% a rentas con destino específico. Esto ha implicado un aumento del gasto per cápita en salud por parte del gobierno, el que ha pasado de 39 a 68 USD en el periodo 1995 – 2013. Se destaca que en el período 2000-2013, los indicadores de cuentas nacionales en salud señalan una disminución del gasto directo de los hogares en salud, de 43 a 38% del porcentaje del gasto total en salud; mientras que el gasto total en hospitales aumentó de 25 a 38% y el gasto en servicios de atención curativa aumentaron de 19 a 21% del gasto total en salud (14).

Los indicadores de salud del país evidencian los efectos positivos que han tenido la implementación de la política de salud y el MOSAFC, que ha redundado en una mejoría de la situación de salud, un aumento en la esperanza de vida y en el cumplimiento de los ODM 4 y 5 (*Ver anexo 1, tabla 1*)

Para el 2011/12 la TGF observada es de 2,4 hijos por mujer, la que varía de acuerdo al nivel educativo de las mujeres, siendo de 3.5 en mujeres sin educación y 1.8 en aquellas con educación superior. La Tasa de fecundidad específica en adolescentes es de 92 nacimientos por cada mil mujeres.

---

<sup>1</sup> Departamentos del Pacífico del país: Carazo, Chinandega, Granada, León, Managua, Masaya y Rivas.

<sup>2</sup> Regiones del Caribe del país: Región Autónoma del Caribe Norte, Región Autónoma del Caribe Sur.

<sup>3</sup> Departamentos del Norte del país: Estelí, Jinotega, Matagalpa, Nueva Segovia y Madriz.

<sup>4</sup> Departamentos del Centro del país: Boaco, Chontales y Rio San Juan.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos es del 77.3 por ciento y la necesidad insatisfecha de planificación familiar se ha reducido al 5.8% (4). La Razón de mortalidad materna (RMM) se ha reducido de 86.5 a 49.9 por cien mil nacidos vivos registrados entre el 2005 al 2013, el 62.4 por ciento de los fallecimientos ocurrieron durante la etapa postparto y 37.5% en ante-parto (16). Las hemorragias constituyen la principal causa de mortalidad materna. Al 2015 el país cuenta con 181 casas maternas, albergando con prioridad a embarazadas procedentes de comunidades de difícil acceso a la red de servicios de salud (23).

En el periodo 1990-2012, la tasa de mortalidad en menores de cinco años ha disminuido de 72 a 25 fallecimientos por cada 1000 niños nacidos vivos. Entre 2006/07 y 2011/12 la mortalidad infantil ha pasado de 24 a 12 en zona urbana; de 34 a 23 en zona rural, de 34 a 24 en madres adolescentes, de 54 a 18 en madres sin educación. Para ese mismo periodo, la cobertura de vacunación de menores de 1 año en el país ha aumentado gradualmente, hasta alcanzar niveles del 100 % para la mayoría de los antígenos, mientras que el porcentaje de niños de 18 a 29 meses de edad que completaron el esquema completo de vacunación es del 84%. En el período 2006/07-2011/12, los indicadores de subnutrición en niños menores de cinco años presentaron una tendencia positiva; la talla para la edad disminuye de 21.7 a 17.3%, el peso para la talla aumenta de 1.4 a 2.1% y el peso para la edad disminuye de 5.5 a 5.0% (4).

Así mismo, la modificación de los patrones de consumo de alimentos de la población evidencia un aumento en la carga de las enfermedades causadas por la malnutrición, ya sea por exceso o deficiencia, siendo la tendencia al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Factores de riesgo como el consumo de alcohol y otras drogas se relacionan con el incremento de la mortalidad por lesiones y accidentes de tránsito.

El cambio y la variabilidad del clima modifican e intensifican las áreas de presencia de los vectores, unido a la migración rural urbana, la presencia de diferentes criaderos, la no disponibilidad continua del servicio de agua, inciden en la recurrencia sistemática de brotes epidémicos de dengue, Chikungunya.

En el país, para el período 2005-2013 se quintuplicaron los casos confirmados por dengue clásico, para una tasa de morbilidad de 17.34 por 10,000 habitantes y una tasa de letalidad por dengue de 0,04% (15). En lo que concierne al virus Chikungunya, se realizó la confirmación de transmisión autóctona del virus. En Chagas, el vector predominante es el "Triatoma dimidiata" registrando en 2005-2013 un total de 872 casos en 5 departamentos endémicos. La Leishmaniasis continúa siendo endémica, registrándose 2,900 casos anuales en forma cutánea, mucosa y cutánea atípica, los que se distribuyen en 14 de los 17 departamentos del país, diagnosticándose el 83% de los casos por criterio de laboratorio. La Leptospirosis presenta en 2013 una tasa de morbilidad de 0.71 por 10,000 habitantes y una tasa de letalidad de 0.01. Para el año 2014 se registran 21 municipios con cobertura de vacunación contra la rabia en caninos inferior al 40%, no obstante no se reportan casos de rabia humana.

Entre los logros importantes contra las enfermedades vectoriales, se destaca la certificación internacional de interrupción de transmisión vectorial del Trypanosoma cruzi por Rhodnius Prolixus; así como el haber alcanzado la meta de los ODM – 6 en Malaria en el año 2005, registrándose un 95.1% de la reducción en el año 2014 (1,163 casos reportados), con una tendencia hacia la disminución significativa desde 1996; una reducción promedio anual de 28% por año por Índice de Parasitario Anual (IPA) y 27% por Índice de Láminas Positivas (ILP) (15).

La prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años de edad, para el período 2011/12 es de 15.4, siendo de 16.0 en la zona rural y de 17.2 en niños con madres que no poseen educación (4). Cabe señalar que el sistema de vigilancia epidemiológica señala tendencia ascendente en notificación de eventos por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en período 2005-2013, notificándose en 2014 un total de 296,018 eventos para una tasa de morbilidad de 575.68 por 10,000 habitantes (24). En lo que respecta a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años, la prevalencia es de 28.5 a nivel nacional, siendo 30 en la zona rural, 36.7 en la región del caribe del país y 31.4 en niños con madres sin ningún nivel educativo (4). El MINSA notifica en 2014 un total de 1,824,650 eventos por IRA, para una tasa de 3,548.45 por 10,000 habitantes (24).



Las IRA y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). Entre sus factores de riesgo está la contaminación del aire en interiores; en el país el 52.7% de las viviendas utilizan leña como combustible para cocinar, promedio que alcanza el 89.1% en la zona rural (4). Cabe señalar que en el ámbito rural, el 50% de los hogares rurales en el país, tienen la cocina en espacios interiores (25).

En cuanto a mortalidad, el descenso más importante ha sido por enfermedades transmisibles, en particular decesos por enfermedades infecciosas intestinales, pasando de 5.2% a 0.01% del total de muertes en menos de dos décadas 1997-2012 (26). En el último quinquenio (2008-2012), las enfermedades crónicas como el cáncer de mama y el Cérvico-uterino, los infartos, y la diabetes, agrupan el 50.47% del total de las defunciones generales registradas, ocasionando 10,982 decesos anualmente (16).

**Tabla 1. Principales causas de mortalidad en el quinquenio 2008 – 2012. Nicaragua.**

	Peso proporcional del total de la mortalidad	Decesos anuales en promedio para ambos sexos	Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
Neoplasias Malignas (C00-C97)	12.47	2383	239,321
Enfermedades Cardiacas isquémicas (I20-I25)	11.81	2255	155,757
Diabetes Mellitus (E10-E14)	8.29	1583	123,070
Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	6.65	1271	430,872
Insuficiencia Renal (N17-N19)	5.94	1135	272,981
Enfermedades del Hígado (K70-K77)	4.70	897	187,689

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el cuarto lugar en causas de mortalidad y el primero en AVPP, seguido de la Insuficiencia Renal (IRC). Los accidentes de transporte totalizan 121,095 AVPP y las agresiones 89,776 AVPP, mientras que las enfermedades infecciosas intestinales únicamente aportan 44,244 AVPP (Ver Anexo 2).

Al analizar el peso porcentual de las seis principales causas de defunción, según grupo de edad y sexo, para el quinquenio 2008 – 2012, se observa en el sexo masculino, en los menores de 5 años, una predominancia de enfermedades respiratorias, a diferencia en los menores de 40 años de la predominancia de las lesiones externas por accidentes de tránsito, agresión y lesiones auto-inflingidas, en población mayor de 40 años es predominante la Insuficiencia renal, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores y la diabetes. En el sexo femenino, en menores de 5 años, se repite el patrón de predominancia de enfermedades respiratorias, en menores de 40 años aparecen los tumores malignos y las lesiones externas de predominancia auto-inflingidas y accidentes de transporte y otros traumatismos, y las mayores de 40 años los tumores malignos, la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón son las más predominantes (Ver Anexo 3. Tablas 3 y 4).

Las enfermedades infecciosas constituyen la principal causa de mortalidad en la niñez en ambos sexos, mientras que en los escolares y adultos jóvenes predomina la mortalidad por causas externas, accidentes de transporte, agresiones en los adultos y en la tercera edad las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas no transmisibles.

En la niñez las causas de mortalidad no muestran una variabilidad significativa por sexo, observándose el hecho de que los traumatismos accidentales son predominantes en niños; mientras que en las niñas es por desnutrición. Los tumores malignos constituyen la primera causa de mortalidad en edad escolar en ambos sexos. Los accidentes de transporte son causa común de mortalidad en escolares adolescentes y adultos jóvenes en ambos sexos, con una razón de 2:1 hombres - mujeres. En los adultos jóvenes las lesiones auto-inflingidas intencionalmente son más frecuentes en el sexo masculino y en el sexo femenino son los tumores malignos. En el grupo de adultos la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) es la principal causa de mortalidad en hombres y en las mujeres son los tumores malignos; en ambos sexos surgen las causas de muerte por enfermedades crónica degenerativas, que pasan a ocupar la primera causa de muerte en la tercera edad.

Ante este panorama de la mortalidad, donde coexisten enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, el desafío es la adecuación de las intervenciones preventivas y de atención en los servicios de salud, al enfrentarse a nuevos patrones en la demanda de consultas médicas, hospitalización y causas de muerte. Igualmente, intervenciones que incidan durante el curso de vida en los factores de riesgo, como el sobre peso y la obesidad, la poca actividad física durante el curso de vida, el consumo de tabaco, el abuso de alcohol y otras drogas. Se debe fortalecer el abordaje de la salud mental, desde la atención primaria en salud, dado que las lesiones auto-inflingidas intencionalmente, las agresiones, y los trastornos mentales y del comportamiento, se encuentran entre las primeras causas de mortalidad.

## Enfermedades emergentes / reemergentes

La epidemia concentrada del VIH continúa afectando población joven y económicamente activa, estimándose para el 2014, un total de 10,036 adultos y niños con VIH, para una tasa de 16.96 por 100, habitantes para el 2012, siendo el 98% de transmisión vía sexual (37). La prevalencia de tuberculosis (TB) se ha reducido a 68 casos en 2013 y una tasa de incidencia de 44.7 para todas las formas, constituyendo el 0.02% casos positivos de VIH del total de casos TB, para un promedio anual de 28 casos.

En el caso de Nicaragua, las muertes reportadas en las carreteras en 2013 fueron 506 (85% H, 15%M) (27). La OMS estimó las muertes relacionadas con siniestros de tránsito en 797 (90% CI 627–1 004). Esto corresponde a una tasa de 14.2 por cada 100.000 habitantes (OMS 2009) (27). Aun cuando esta cifra ubica a Nicaragua por debajo al promedio de la región de América Latina, los traumatismos causados por dichos eventos son causa principal de muerte en el grupo de 15 a 44 años de edad.

Según datos de la PN, en el año 2013 se registraron 3,066 denuncias por violaciones, de las cuales, el 27% de las víctimas fueron menores de 14 años (29). La prevalencia total de violencia en mujeres de 15 a 49 años alguna vez casada o unida ha disminuido de 21.2 a 16.2 en el periodo 2006/07-2011/12 (4), contabilizándose para el 2013 un total de 67 mujeres que perdieron la vida a manos de su pareja o por personas con las que tienen algún nexo (30). En relación a las lesiones auto-inflingidas se notifican en promedio 2 intentos de suicidios que ingresan a servicios de salud; de las personas que intentan suicidarse, el 51% son del sexo masculino y del total 42% son adolescentes (24). Si bien, la tasa de mortalidad por suicidio ha descendido en el periodo de 2005-2013 de 7.1 a 5.7 por 100,000 habitantes, se estima que anualmente fallecen 366 personas por lesiones auto-inflingidas intencionalmente (16).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), con predominancia la de causas no tradicionales, se ha duplicado desde el año 2,000, con una tendencia ascendente en su mortalidad, pasando de 9.19 a 19.4 por 100,000 habitantes en 2012; los departamentos de León y Chinandega, presentan tasas de mortalidad de 80.5 y 78.2 por 100,000 habitantes. La mortalidad por ERC constituye el 5.5% del total de defunciones anuales registradas con un promedio anual de 823 defunciones, siendo predominante en población masculina entre 40 y 64 años de edad (16)

## Esfuerzos del gobierno ante la situación de salud del país

Para consolidar la restitución del derecho a la salud y el modelo del poder ciudadano en salud, el Gobierno desarrolla las siguientes intervenciones claves:

- Acción intersectorial en el desarrollo de los lineamientos estratégicos para el desarrollo integral de la Primera Infancia.
- Estrategia de Casas Maternas.
- Democracia participativa a través de las Comisiones Municipales de Salud, Prevención de Desastres y Gabinetes de la Familia, Salud y Vida.
- Ampliación de la Red de Servicios de Salud y los niveles de resolución departamental y regional.

- Promoción y adopción de prácticas saludables personales, familiares y comunidad, en el curso de vida y en la prevención y control de enfermedades epidémicas.
- Programa Productivo Alimentario (PPA) en sus tres componentes: Lactancia Materna, Merienda Infantil y Producción agropecuaria.
- Aplicación de recomendaciones para mejorar el estado de las capacidades del RSI.
- Aplicación del Convenio Marco del Tabaco (art. 8, 9,10, 11).

En el país se han desarrollado intervenciones efectivas en el sector salud, con desafíos ante la amenaza de brotes epidémicos, enfermedades emergentes y re-emergentes, fármaco resistencia, la migración de población, el avance de la frontera agrícola el cambio climático y los desastres naturales.

El país avanza en el desarrollo de ciencia y tecnología como prioridad de su plan nacional de desarrollo y mantiene el desafío de continuar evaluando las intervenciones implementadas como un pilar imprescindible en la investigación, desarrollo y evaluación de políticas de salud.

### **Alianzas y contribución del país a la agenda global de salud**

El mapeo de actores de relevancia para el desarrollo de la cooperación técnica de la OPS/OMS con el país incluyó un total de 111 socios; al aplicar el instrumento de análisis de actores, encontramos que los primero cinco socios según descripción son: ministerios de estado (29), agencias de cooperación bilateral (15) Universidades (13), organismos no gubernamentales (12) y sociedad civil (10), y al analizar la categoría según la naturaleza de la función o mandato, encontramos que la vinculación estratégica es la más relevante, seguida de la técnica y en último lugar está la política, en relación al valor encontramos que 26 socios obtuvieron el máximo puntaje (MINSA, Universidades, agencias del SNU, secretarios políticos, alcaldes, gobiernos regionales, Asamblea Nacional, sindicatos). OPS/OMS ha reactivado los convenios con el sector académico como medio para formalizar la cooperación técnica, y ha sido garante de la firma de convenios con otras instituciones formadoras de recursos humanos a nivel internacional, como apoyo a las líneas estratégicas del país.

En el marco de la integración centroamericana, el país es miembro del Sistema de Salud de Centroamérica y participa en las instancias de COMISCA, RESSCAD, FOCARD-APS y CISSCAD. En el 2016 el país ostentará la presidencia Pro-tempore de RESSCAD, COMISCA, FOCARD-APS y CISSCAD. Nicaragua además, participa en el Proyecto Mesoamérica de Integración y Desarrollo, en cuyo ámbito este año el país ha presentado cuatro planes mesoamericanos (Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, Dengue/Chikungunya, Malaria y Seguridad Vial).

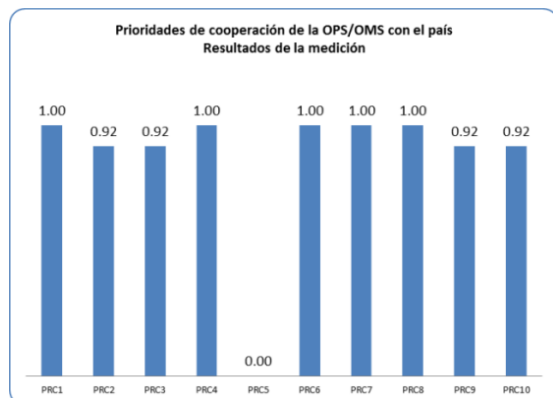
Además, el país desarrolla una modalidad de cooperación extra regional priorizada, como es el acuerdo de cooperación entre los Gobiernos de Nicaragua y Rusia, para la transferencia de tecnología en Nicaragua, fortalecimiento de la capacidad de regulación y producción de tecnologías para la salud.

## **3. REVISIÓN DE LA COOPERACIÓN DE OPS EN EL PERÍODO ANTERIOR**

La ECP anterior cubrió el periodo de 2010 – 2014, siendo extendida por un año en consenso con el gobierno del país. En la ECP anterior se identificaron 10 prioridades (anexo documento prioridades). Para evaluar la ECP anterior se realizó el análisis de los planes de trabajo Bienales (PTB) correspondiente a los periodos 2010-2011, 2012-2013, y 2014-2015; se tomaron en cuenta las variables de relevancia, eficacia, eficiencia e impacto que tuvieron los PTB del periodo evaluado, en relación a cada una de las 10 prioridades y se realizó una consulta a contrapartes principales sobre la valoración de la cooperación técnica que brinda OPS/OMS al país.

El análisis crítico de la ECP vigente nos indica que los productos y servicios (P&S) fueron dirigidos a las prioridades cuatro y seis de la ECP. En cambio, ningún P/S de los PTBs fue asignado a la prioridad número cinco "Implementación de un Programa o Estrategia Nacional de Promoción y Educación para la Salud, sobre la plataforma de la identificación de los factores de riesgos y factores protectores de la salud". No obstante, como parte de la validación de los resultados del análisis, se consensuó que debido a la complejidad del enunciado de las prioridades, los P/S y actividades relacionadas con esta prioridad (cinco) quedaron contenidas en las prioridades cuatro y seis; por lo que su valoración de cero no significa que no se realizaran actividades para la implementación de la misma (Ver anexo 4).

### Ilustración 1. Prioridades de cooperación de la OPS/OMS. Resultados de medición



Fuente: OPS Nicaragua. Plan de Trabajo Bianual (PTB)

La evaluación de la ECP anterior mostró que cinco de las diez prioridades (1, 4, 6, 7 y 8) fueron plenamente cubiertas. Las prioridades 2, 3, 9, y 10 estuvieron próximas a ser cubiertas completamente, observándose que la efectividad de las acciones desarrolladas para lograr la prioridad pudo haber sido mejor.

### Ilustración 2. Financiamiento de Prioridades de la cooperación OPS-OMS en Nicaragua

Prioridades	% RRF
1. Implementación de todos los componentes del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria	44.3
6. Fortalecer la capacidad institucional para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles	13.2
2. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud	10.5
9. Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública en todos sus niveles,	9.7
8. Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos de formación RRHH en pregrado y posgrado,	8.6
3. Fortalecimiento de redes de servicios y la gestión hospitalaria	5.5
7. Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud	3.9
4. Desarrollo de la participación ciudadana en salud y el control social	3.8
10. Desarrollo del Plan Estratégico de Salud de Centroamérica y República Dominicana	0.5
5. Implementación de un Programa o Estrategia Nacional de Promoción y Educación para la Salud	0

Fuente: OPS Nicaragua. Plan de Trabajo Bianual (PTB)

Para evaluar los P&S de los PTB de los tres períodos<sup>5</sup>, se listaron todos los P&S, (teniendo todos el mismo peso), se procedió por área técnica a relacionarlos con cada una de las 10 prioridades de la ECP. Los P&S relacionados con Gerencia garantizada para brindar la cooperación técnica al país no fueron incluidos en el análisis, ya que resultaría muy difícil asignar tiempo y montos destinados a cada una de las prioridades. El análisis financiero de los últimos tres bienios, demuestra que del total de los recursos financieros movilizados, 44.3% se asignaron a la prioridad 1; el 13.2 % a la prioridad 6 y el 9,7 % a la prioridad 10, seguido de 8.6% a la prioridad 8. Las prioridades con menos asignación fueron la 5, 10 4 y 7.

<sup>5</sup> Anexo 2 Instrumento de evaluación de los PTB del periodo de vigencia de la última ECP

### Ilustración 3. Peso porcentual de ponderación de las prioridades de cooperación técnica

Prioridades	Ponderación
1. Implementación de todos los componentes del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria	33.3
6. Fortalecer la capacidad institucional para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a	21.7
4. Desarrollo de la participación ciudadana en salud y el control social	12.7
7. Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud	9.7
2. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud	8
8. Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos de formación RRHH en pregrado y posgrado.	4.3
3. Fortalecimiento de redes de servicios y la gestión hospitalaria	3.7
9. Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública en todos sus niveles,	3.3
10. Desarrollo del Plan Estratégico de Salud de Centroamérica y República Dominicana	2
5. Implementación de un Programa o Estrategia Nacional de Promoción y Educación para la Salud	0

Fuente: OPS Nicaragua. Plan de Trabajo Bianual (PTB)

Al relacionar los P&S de los tres bienios con la prioridades de la ECP, la ponderación de los resultados indica que las prioridades con mayor promedio fueron la uno, seis y cuatro, con 33%, 21.7% y 12.7% respectivamente. Esto orienta a que la mayoría de los recursos de la Cooperación Técnica se destinaron al apoyo de acciones, para la implementación de las prioridades antes mencionadas. Pocos recursos se destinaron a implementar las prioridades 5 (0,05%), 9 (2,1%), 2 (5,2%) y la prioridad 3 (5,5%).

## 4. PROPUESTA DE AGENDA DE COOPERACIÓN

Para elaborar la propuesta de agenda de cooperación de país, se analizaron una serie de documentos oficiales del país, así como de OPS/OMS.

El Plan Plurianual de Salud 2011 – 2015 de Nicaragua plantea los siguientes retos y prioridades que guiaron el desarrollo sectorial, incluyendo cumplimiento de las metas planteadas en los ODM; atender sistemáticamente los problemas endémicos y epidémicos del país; desarrollar la promoción de la salud desde sus componentes de formación de estilos de vida saludables; continuar brindando atención médica gratuita, humanizada y de calidad; y consolidar el ejercicio de la rectoría sectorial en salud.

Actualmente se encuentra en proceso de aprobación la propuesta del plan plurianual 2016-2020. Que define los siguientes retos:

- 1) Seguir implementando el nuevo MOSAFC y su adecuación cultural en la Costa Caribe (MASIRAAS, MASIRAAN).
- 2) Cumplimiento de las metas planteadas en los ODM.
- 3) Atender sistemáticamente los problemas endémicos y epidémicos del país (Dengue, Leptospirosis, Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, el virus de CHIKUNGUNYA).
- 4) Se debe dar prioridad a las acciones que tengan incidencia en problemas como la desnutrición infantil, las EDAs, IRAs, Influenza Humana AH1N1 y otras de interés de la salud pública.
- 5) Desarrollar la promoción de la salud desde sus componentes de formación de estilos de vida saludables, promoción de ambientes saludables, la acción interinstitucional, la participación de la ciudadanía en la gestión sanitaria y formulación de políticas públicas saludables, atendiendo el fortalecimiento de la promoción de la salud.
- 6) Continuar brindando Atención de Salud Gratuita, Humanizada y de Calidad con los Equipos de Salud Familiar y Comunitarios en Puestos, Centros de Salud Familiar, Consultas Externas de los Hospitales, Salas de internamiento de Hospitales, Centros Quirúrgicos, Especializados y de Rehabilitación. Consolidar el ejercicio de la rectoría sectorial en salud (públicos y privados).
- 7) Desarrollo de la Telemedicina.
- 8) Rescate de la Medicina Tradicional.

Durante el proceso de consulta, el MINSa planteó como temas prioritarios de cooperación técnica de la OPS/OMS las siguientes líneas: a) apoyar la implementación de los planes de salud materna e infantil; b) fortalecer el desarrollo de la medicina natural y terapias complementarias; c) consolidar los procesos de desarrollo de la enfermería; d) apoyo en las acciones de lucha anti epidémica; e) apoyo para el

fortalecimiento de la gerencia y calidad de atención en los hospitales del Ministerio de Salud y f) apoyo en la implementación del plan nacional de salud mental (*Ver anexo 5*).

Como resultado de la caracterización de la situación de salud y desarrollo, se identificaron los siguientes desafíos: la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas y crónicas degenerativas, los riesgos sanitarios relacionados con la vulnerabilidad ante desastres naturales, cambio y variabilidad climática y las limitaciones de acceso y calidad de los servicios de agua y saneamiento.

Entre los desafíos también se destacan: fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria, profundizar el proceso de adecuación del MOSAFC, fortalecer el programa de salud mental en la atención primaria en salud, adecuación de las estrategias de promoción y prevención de la salud y el abordaje intersectorial de los determinantes de la salud, nuevos retos en la calidad y prestación de los servicios (abordaje de enfermedades crónicas, envejecimiento de la población, discapacidad), evaluación de las intervenciones implementadas como un pilar imprescindible en la investigación, desarrollo y evaluación de políticas de salud y la reducción de las brechas de atención a los grupos más vulnerables y la vigilancia de los factores protectores y de riesgos de la salud.

Se elaboró un instrumento para evaluar con las contrapartes la ECP anterior (*Ver anexo 6*); en el proceso de validación de este instrumento fueron consultados socios claves del MINSA, academia, sociedad civil, sobre la relevancia de la cooperación técnica de la ECP aún vigente, obteniéndose como resultado que 100% de los entrevistados consideraron como muy relevante la cooperación brindada al país, porque se ajustó a las necesidades del país y tomó en cuenta el contexto político económico y social, que se basó en el PNDH, el cumplimiento de los ODM y se crearon capacidades en los recursos humanos institucionales.

Se valoró el posible impacto en salud, derivado en el desarrollo de megaproyectos y estrategias de desarrollo tales como: Turismo, Proyecto Hidroeléctrico Tumarín, (generación de energía eléctrica con base a uso y explotación de la cuenca del Río Grande de Matagalpa) y el Canal Interoceánico de Nicaragua.

Los desafíos en el área de influencia del canal se asocian con el movimiento y aumento de la población nacional e internacional, ocupación del personal; cambios en los ecosistemas y posibles limitaciones de acceso oportuno o de calidad en los servicios de atención a las personas, o que contribuyen a entornos saludables para los asentamientos humanos ante una posible migración acelerada, propiciada por fuentes nuevas de trabajo, el riesgo de enfermedades emergentes provenientes de otras regiones, reintroducción de enfermedades eliminadas o controladas en el país. Además de la adecuación de servicios debido a los cambios en las ocupaciones de la población en las áreas de influencia del canal, particularmente en las etapas de la ejecución de las obras, pueden ocasionar cambios significativos en la carga de enfermedad y en las necesidades de promoción de la salud y de tratamiento de los pacientes.

El Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) vigente, corresponde al período 2013/2017 y la evaluación de medio término identificó que todas las respuestas están bajo el liderazgo del Gobierno nacional, identificándose dos líneas prioritizadas para el sector salud:

- ✓ Implementación articulada de estrategias y programas de prevención del VIH para adolescentes, jóvenes, mujeres y niñas expuestas a mayor riesgo o en condiciones de vulnerabilidad a la epidemia y para la prevención de enfermedades controlables considerando sus determinantes sociales.
- ✓ Poblaciones prioritizadas acceden en forma equitativa a la salud, en el marco de curso de vida, con énfasis en salud materna, infantil y de la mujer.

En armonía con estas prioridades, se espera enriquecer la agenda de cooperación, con actividades que contribuyen a la promoción de la salud y el abordaje intersectorial y comunitario de sus determinantes, y contribuir en colaboración con la comisión intersectorial de salud y comisiones relacionadas del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres (SINAPRED), las capacidades de gestión de riesgos sanitarios relacionados con la vigilancia y el control de brotes y epidemias, el cambio y la variabilidad climática.

Otros temas de relevancia ausentes en el MANUD vigente y que podrían ser considerados e incluidos en la formulación del nuevo MANUD son los siguientes: Salud mental, Suicidios y adicciones; Salud ambiental y salud ocupacional en relación a la carga de enfermedad renal crónica de causas no tradicionales (ERCnt); gestión de riesgos relacionados con los accidentes de tránsito; medicina tradicional, alternativa y complementaria; salud y turismo.

En relación a las lecciones aprendidas que surgieron de la revisión de la ECP del período 2009/2014, se enumeran las siguientes:

- a. La mayoría de las acciones se enfocaron en el fortalecimiento del MOSAFC.
- b. El entorno político, conceptual, legal e institucional para el abordaje integral de la salud favoreció la ejecución de la ECP.
- c. Débil enunciado en las líneas de cooperación sobre el tema de gestión de riesgo sanitario, asociados con el ambiente.
- d. Poca relevancia explícita para el abordaje de la promoción de la salud y el abordaje intersectorial de sus determinantes.
- e. Abordaje inter-programático insuficiente para potencializar la cooperación.

Al analizar la relación entre El Plan Plurianual de Salud, los Lineamientos Estratégicos del MINSA, Áreas Programáticas del Plan Estratégico de la OPS/OMS del período 2014-2019, y los compromisos internacionales asumidos por el país en la Asamblea Mundial de la Salud, Resoluciones del Consejo Directivo de OPS/OMS, Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA); las líneas identificadas por las contrapartes en las cuales la OPS/OMS deberá enfocar su cooperación en la nueva ECP, se elabora la propuesta de prioridades, sus esferas y líneas de acción de la agenda de cooperación (*Ver anexo 7*), siendo estas las siguientes:

### **Prioridad 1: Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en salud**

#### **a. Esfera: Transformar la formación del personal de salud orientada al MOSAFC.**

Líneas de acción:

- I) Concertar entre MINSA e instituciones formadoras de personal de salud, perfiles de competencias para dar respuesta a las necesidades del MOSAFC,
- II) Generar procesos de evaluación de los profesionales formados y de los docentes,
- III) Promover la incorporación en la currícula de formación de personal de salud la medicina tradicional, natural y las Terapias complementarias,
- IV) Diseñar metodologías de evaluación de la currícula,
- V) Apoyar el proceso de formación de RRHH para la salud, con enfoque en APS y uso de las Tecnologías de información,
- VI) Consolidar el desarrollo de la enfermería en el sistema de salud.

#### **b. Esfera: Desarrollo de competencias sobre investigación en salud pública y uso de evidencia generada.**

Líneas de acción:

- I) Capacitar en los niveles gerenciales SILAIS, Hospitales y municipios, sobre metodología científica de investigación en salud.
- II) Apoyar técnicamente al desarrollo de la agenda nacional de investigación del MINSA.
- III) Apoyar a la difusión del conocimiento.

### **Prioridad 2: Fortalecer las capacidades del sistema de salud para la implementación del RSI y su articulación intersectorial frente a eventos de salud pública, emergencias y desastres.**

#### **a. Esfera: Desarrollo y mantenimiento de capacidades básicas para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional.**

Líneas de acción:

- I) Apoyar al funcionamiento de la comisión intersectorial para el RSI,
- II) Apoyar al Centro de Enlace Nacional para su adecuada operación,

- III) Mejorar las habilidades de los equipos nacionales ante respuesta rápida a eventos de salud pública,
- IV) Apoyar técnicamente la actualización de los planes nacionales de respuesta,
- V) Apoyar en las acciones de lucha anti-epidémica.

**b. Esfera: Desarrollo de capacidades de gestión intersectorial de riesgos**

Líneas de acción:

- I) Apoyar a la entidad rectora nacional, en el abordaje o intervenciones en situación de desastres,
- II) Apoyar técnicamente a la comisión de salud y su trabajo intersectorial (nacional y local) en el marco del SINAPRED,
- III) Crear capacidades para responder a los efectos de la variabilidad y cambio climático,
- IV) Apoyar técnicamente para la gestión de conocimiento, la gestión de riesgos y respuesta ante desastres.

**Prioridad 3: Fortalecer las capacidades del país para atención de la salud mental, reducción de la carga de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, accidentes de tránsito, y discapacidad.**

**a. Esfera: Inclusión de la salud mental en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.**

Líneas de acción:

- I) Apoyar para la formulación y desarrollo del plan nacional de salud mental.
- II) Desarrollar capacidades en la red de servicios.
- III) Fortalecer la salud mental comunitaria.
- IV) Desarrollar capacidades para la implementación de medidas de control sobre las adicciones (alcohol y otras drogas).
- V) Apoyar el proceso de formación del personal en salud mental.

**b. Esfera: Desarrollo y ejecución de intervenciones eficaces para reducir factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, régimen alimentario, inactividad física y consumo nocivo de alcohol)**

Líneas de acción:

- I) Apoyar la elaboración de guías, protocolos e intervenciones para reducir los riesgos de ENT, y enfermedades transmisibles con enfoque multisectorial.
- II) Asesorar a los Gobiernos Locales en la implementación de intervenciones para modificar estilos de vida saludables.
- III) Promover la aplicación de la Ley de Tabaco.
- IV) Apoyar las estrategias de comunicación y promoción de estilos de vida saludables.
- V) Generar y utilizar la evidencia sobre los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, accidentes de tránsito y discapacidad.

**c. Esfera: Estrategias para el manejo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades transmisibles**

Líneas de acción:

- I) Apoyar la actualización de guías y protocolos de manejo clínico,
- II) Apoyar el desarrollo de competencias en el manejo clínico epidemiológico y prevención de las ENT y las enfermedades transmisibles en el primer nivel de atención.

**d. Esfera; Sistema de vigilancia de la enfermedad renal crónica**

Líneas de acción:

- I) Apoyar a la elaboración y puesta en funcionamiento del sistema de Vigilancia,
- II) Apoyar técnicamente la elaboración del reglamento de ley y la creación de las instancias para su debida aplicación,
- III) Apoyar la elaboración del plan nacional de atención al paciente con ERC.



**e. Esfera: Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de VIH, Tuberculosis, Malaria y Hepatitis Viral**

Líneas de acción:

- I) Fortalecer los mecanismos de coordinación de país,
- II) Apoyar técnicamente a los programas nacionales en el proceso de control de TB y VIH y eliminación de Malaria.

**f. Esfera: Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de enfermedades desatendidas**

Líneas de acción:

- I) Apoyar el desarrollo de planes de prevención y atención de la HV con participación de las redes comunitarias,
- II) Apoyar al país en el desarrollo de una estrategia de comunicación para la prevención de la HV y otras infecciones

**g. Esfera: Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de las enfermedades inmuno-prevenibles**

Líneas de acción:

- I) Apoyar el desarrollo de acciones sobre inmunización de acuerdo al plan multianual del país.

**Prioridad 4: Promover la salud en el curso de vida, con abordaje intersectorial de los determinantes de la salud.**

**a. Esfera: Intervenciones basadas en evidencia en las diferentes etapas del curso de vida**

Líneas de acción:

- I) Apoyar las intervenciones establecidas en el marco político y normativo para la reducción de la mortalidad materno-perinatal y morbilidad materna,
- II) Apoyar a los niveles locales el desarrollo de estrategias comunitarias para la reducción de MM y MP,
- III) Apoyar la implementación, registro y análisis de las intervenciones basadas en evidencias,
- IV) Apoyar el análisis de desigualdades y definición de intervenciones para reducción de brechas,
- V) Generar evidencia y desarrollar capacidades sobre la salud de los trabajadores para la definición de líneas de intervención,
- VI) Apoyar el desarrollo de capacidades nacionales para atender las necesidades de las personas adultas mayores.

**b. Esfera: Determinantes de la salud**

Líneas de acción:

- I) Fortalecer capacidades para el análisis y la definición de intervenciones de salud pública y desarrollo, basadas en los determinantes de la salud,
- II) Informar y comunicar sobre el impacto de los determinantes en todos los ámbitos.

**Prioridad 5: Fortalecer el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en los componentes de: atención familiar comunitaria e intercultural y desarrollo de redes de servicios.**

**a. Esfera: Acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.**

Líneas de acción

- I) Facilitar la organización y gestión de redes locales,
- II) Desarrollar estrategias para integrar la Medicina tradicional y terapias complementarias en el sistema de salud en el marco del MOSAFC,
- III) Desarrollar estrategias de mejora de la calidad en las unidades de salud.

**b. Esfera: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza**

Líneas de Acción:

- I) Desarrollar la capacidad gerencial en el sistema de salud con énfasis en el ámbito hospitalario,
- II) Fortalecer la calidad de atención y satisfacción del usuario en la red de servicios, con énfasis en la atención hospitalaria,
- III) Apoyar técnicamente al proceso de adecuación/actualización de normas de atención,
- IV) Fortalecer la práctica de FESP,
- V) Coordinar con la Asamblea Nacional el proceso de elaboración de políticas públicas en salud.

**c. Esfera: Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud**

Líneas de acción:

- I) Apoyar el proceso de estandarización y difusión de los procesos de Auditoría Social en salud.

**Prioridad 6: Contribuir al desarrollo de tecnologías sanitarias, producción de biológicos e insumos médicos. Tecnologías sanitarias y uso racional de medicamentos.**

**a. Esfera: Fortalecimiento de la autoridad reguladora de medicamentos y tecnologías para la salud**

Líneas de acción:

- I) Apoyar técnicamente el fortalecimiento de la ARN de medicamentos
- II) Crear capacidades en el personal de la ARN de medicamentos sobre registro, habilitación, fiscalización, producción y comercialización de productos (incluyendo análisis de la calidad).

**b. Esfera: Apoyo al acceso de Medicamentos vacunas y Tecnologías sanitarias**

Líneas de acción:

- I) Apoyar técnicamente las escuelas formadoras para la formación del personal docente en: Buenas Prácticas de: Manufactura, Inspección Laboratorio
- II) Apoyar la cooperación entre países para la transferencia de tecnologías sanitarias.

**c. Esfera: Apoyo a la calidad, al uso racional de medicamentos y otras tecnologías para la salud**

Líneas de acción:

- I) Apoyar al proceso de garantizar 100% de sangre segura y donación voluntaria,
- II) Promover el uso racional de los insumos.

**Enfoques para la implementación de la estrategia**

Las prioridades estratégicas requieren ser abordadas a partir de enfoques que reconocen la multiplicidad de procesos e iniciativas desarrolladas por el país; es necesario que estas prioridades estén alineadas con las políticas, planes nacionales, sectoriales e institucionales. Para el abordaje de las prioridades es necesario:

- a. La permanente generación de evidencia y gestión de conocimiento, construida a partir de redes de cooperación.
- b. La movilización de recursos financieros y transferencia de tecnologías, fortaleciendo la cooperación técnica para el desarrollo, la cooperación Sur-Sur, y la cooperación triangular.
- c. La Identificación de instituciones nacionales y redes para la cooperación en salud pública.
- d. El fortalecimiento de las capacidades institucionales, aprovechando preferentemente los recursos nacionales.
- e. La identificación y documentación de buenas prácticas en el país, como aporte al ámbito sub regional y regional.

- f. El apoyo al liderazgo del país en la armonización y alineamiento de la cooperación técnica.
- g. El abordaje de la salud en todas las políticas desde un enfoque intersectorial acorde a la política nacional.

## **5. IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA: IMPLICACIONES PARA TODA LA ORGANIZACIÓN**

Para la implementación de la ECP, la representación OPS/OMS en Nicaragua requiere un perfilamiento de los recursos humanos, acordes a las prioridades de cooperación, la movilización de los recursos financieros y tecnológicos necesarios, y así como el apoyo del equipo regional y la articulación de las capacidades nacionales, que apoyarán el proceso de ejecución de la ECP. Dado el surgimiento de nuevos temas de cooperación técnica en el país, la representación está contemplando en su plan de desarrollo institucional líneas a cumplir en el período de implementación de la ECP.

La Política Regional de Presupuesto de la OPS reconoce a Nicaragua, junto con otros siete países de la Región, como país clave. Este reconocimiento implica un trato preferencial de la cooperación técnica de la Organización para con el país. Por tanto, la implementación de la ECP con Nicaragua 2016 – 2021 contará con el apoyo especial de toda la Organización.

### **Implicaciones para la oficina de país**

Implementar la ECP 2016 – 2021 con Nicaragua requerirá de ajustes a la estructura y a la forma de trabajo de la Oficina de País. El perfil de los recursos humanos habrá de incluir las competencias en diplomacia, negociación y comunicación, y de la gestión de la información; con un conocimiento balanceado entre estas capacidades, el conocimiento de las culturas institucionales y el conocimiento técnico. Se requerirá además de personal administrativo con actitud proactiva, para resolver los desafíos de la cooperación en redes de apoyo al nivel técnico, que quite carga de trabajo al asesor técnico, que acompañe al proceso de cooperación, involucrándose desde el inicio de la gestión de proyectos y abierto a las nuevas maneras de cooperación en un ambiente globalizado. Para complementar las capacidades del recurso humano de la oficina de país, se requerirá de la movilización de recursos nacionales, con énfasis en los institucionales.

De acuerdo a la política de rotación de personal, se espera un cambio de Representante durante el periodo de la implementación de la ECP. En este sentido, aplicar los lineamientos de la política de países prioritarios para la designación de PWR será de gran relevancia.

Las prioridades identificadas en la ECP requieren de una estructura de la oficina de país que se oriente a las necesidades del país y que no necesariamente siga la estructura de la sede. El perfil de los asesores técnicos internacionales actuales requiere de revisión (puesto de inmunizaciones; ambiente y desarrollo sostenible; servicios de salud; y control de enfermedades y análisis de información). El cuadro de consultores internacionales habrá de complementarse con la movilización de recursos humanos nacionales calificados, a través de convenios interinstitucionales.

### **Tema de sistemas y servicios de salud.**

La implementación de la ECP plantea la necesidad de cubrir las funciones de asesoría de sistemas y servicios desde una perspectiva generalista con competencias, visión estratégica, experiencia de trabajo en redes (con vinculación a inter-sectorialidad, determinantes, sistemas de salud y participación social), transferencia de tecnología y recursos humanos. Estas funciones idealmente deberían cubrirse con el puesto de un asesor internacional en HSS. En consideración a la demanda en los temas de transferencia de tecnología y de recursos humanos, la creación de un puesto adicional en uno de los dos temas habrá de considerarse, aunque sea de un nivel de especialista (P-3).

### **Tema de enfermedades no transmisibles.**

Reconociendo que el país cursa por una transición epidemiológica y que cuenta con un nivel adecuado de intervención en enfermedades transmisibles e inmuno-prevenibles, al mismo tiempo que presenta una carga creciente de las enfermedades crónicas, para la implementación de la ECP se requiere de recurso humano con competencias en el análisis sistémico de los determinantes e inequidades, sistemas de monitoreo, intervenciones en factores de riesgo y evaluación de intervenciones, curso de vida y carga en los servicios. Estas funciones deberían ser cubiertas por un asesor internacional que se complemente con el personal que cubra los temas de epidemiología y análisis.

### **Tema de análisis**

La implementación de la ECP requiere de personal con competencia para desarrollar análisis estratégico de situación de salud y sus tendencias, aplicando abordajes de determinantes, equidad y género. Esto incluye el procesamiento y ordenamiento de la información para ser presentado y brindar orientaciones para el desarrollo de políticas (*policy brief*), para generar proceso de problematización de la salud pública y contribuir a la generación de evidencias y apoyar el desarrollo de proyectos o iniciativas, de intervención.

### **Transformación de puesto de saneamiento para puesto de desarrollo sostenible.**

El país desarrolla actualmente un sinnúmero de intervenciones sobre determinantes, gestión de riesgo, cambio climático, con participación social e inter-sectorialidad, fundamentadas en la conformación de redes.

Por tanto, se requiere de recursos humanos con competencias en el abordaje y desarrollo de la inter-sectorialidad, trabajo en redes, capacidad de comunicación y negociación; y para la formulación de análisis de situación y riesgos ambientales, que tienen impacto en la salud. Capacidad de generación de proyectos para la transmisión de conocimientos basada en las tecnologías informáticas para la comunicación y la capacidad de generación de espacios de aprendizaje masivos dirigidos a grupos específicos.

### **Gestión de recursos, construcción de alianzas y conformación de redes.**

La implementación de la ECP requerirá del fortalecimiento de las capacidades de la oficina para la gestión de recursos financieros, humanos e institucionales. La movilización de recursos financieros habrá de hacerse en los marcos definidos por el país, canalizando los recursos hacia las instituciones nacionales; no para la Organización. Por tanto, será necesario fortalecer la capacidad de los recursos humanos de la Organización para la movilización de recursos y para la negociación, y de contar con un profesional que apoye a la Representante en la coordinación de esfuerzos para la movilización de recursos, que apoye a los asesores técnicos en la identificación de posibles fuentes de financiamiento y en la preparación de propuestas de proyectos definidos por el país, así como en el monitoreo de la implementación y la preparación de informes.

### **Implicaciones para el nivel subregional.**

La participación de Nicaragua en varios procesos de integración plantea oportunidades y desafíos para la implementación de la ECP. Por un lado, los compromisos que el país hace ante los foros subregionales ofrecen la oportunidad de incorporar la cooperación de otros países en la implementación de la ECP, a través de modalidades de cooperación como la sur-sur, triangular o para el desarrollo. Por tanto, los asesores subregionales de la OPS y los Representantes de OPS/OMS en otros países de la subregión, habrán de tener en cuenta las prioridades identificadas en esta ECP para la programación de sus actividades. Los asesores subregionales especialistas en recursos humanos para la salud y en medicamentos y tecnologías, habrán de dar una atención especial a Nicaragua. Por otro lado, el personal técnico de la Oficina de Nicaragua deberá estar atento a las decisiones que las entidades del nivel subregional tomen, identificando las oportunidades que puedan surgir para la implementación de la ECP.

## Implicaciones para el nivel regional.

En reconocimiento de su clasificación como país prioritario, el nivel regional deberá mantener una atención continua a Nicaragua. Las entidades con funciones facilitadoras habrán de dar una respuesta expedita, orientada a la solución de los desafíos que la cooperación técnica a un país prioritario demanda. La respuesta de las entidades técnicas, además de expedita, deberá ser integral y siempre coordinada con la Oficina de País. Las intervenciones relacionadas en particular con la prioridad de desarrollo de tecnologías sanitarias, producción de biológicos e insumos médicos requerirán de un apoyo sostenido. Además, en reconocimiento de la participación de Nicaragua en varios procesos de integración subregional, las entidades técnicas y los miembros de la Gestión Ejecutiva, apoyarán los esfuerzos de la Oficina de País en la gestión de la cooperación entre países y la movilización de recursos provenientes de otros países, que sirvan para la implementación de la ECP. Los miembros de la Gestión Ejecutiva además, abogarán ante los Directores Regionales de otras Regiones de la OMS de las que sean miembros los países interesados en la cooperación con el país. Para la gestión de recursos financieros, humanos e institucionales, las entidades regionales que gestionan recursos en los temas relacionados a las prioridades identificadas en la ECP, deberán de compartir la información estratégica y orientar a la Oficina de País para gestionar los recursos necesarios, incluyendo los de tipo institucional, que los Centros Colaboradores de OPS/OMS, otros centros de excelencia de los países y las redes regionales pudieran ofrecer.

## Implicaciones para el nivel global

La implementación de la ECP requiere una respuesta integral y coordinada del nivel global. El apoyo y abogacía para la cooperación con países de otras regiones interesados en la cooperación bilateral con Nicaragua deberá tenerse en cuenta.

El proyecto de Transferencia de Tecnología para la producción de biológicos, producto de la cooperación Rusia – Nicaragua, así como la promoción y el apoyo para la producción local de medicamentos y otras tecnologías para la salud, requerirá de un apoyo importante de la oficina central de la OMS, así como una cooperación entre la oficina de la OMS en Rusia y esta oficina.

## REFERENCIAS.

1. INIDE. Resumen censal 2005 3  
<http://www.inide.gob.ni/censos2005/resumencensal/resumen2.pdf>
2. MINSA. Estimaciones de Población 2015. 4
3. Estadísticas de Centroamérica 2014 16
4. INIDE. ENDESA 2011/12 17
5. GRUN. Perfil Migratorio de Nicaragua, 2012. 19
6. INIDE. Resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre medición del Nivel de Vida 2014
7. Pendientes
8. GRUN. Informe de Gobierno 2014.  
[http://www.radiolaprimerisima.com/files/doc/1401396193\\_INFORME%20COMANDANTE%20PRESIDETE%20DANIEL%20ANTE%20LA%20ASAMBLEA%20NACIONAL.pdf](http://www.radiolaprimerisima.com/files/doc/1401396193_INFORME%20COMANDANTE%20PRESIDETE%20DANIEL%20ANTE%20LA%20ASAMBLEA%20NACIONAL.pdf)
9. Banco Central de Nicaragua. Informe Anual 2014.  
[http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/informe\\_anual/informe\\_anual\\_2014.pdf](http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/informe_anual/informe_anual_2014.pdf)
10. PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2014.  
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>
11. Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016  
<http://www.pndh.gob.ni/documentos/pndhActualizado/pndh.pdf>
12. Salud de la Américas 2012 publicación OPS/OMS. Capitulo Nicaragua.  
<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012-nicaragua.pdf>
13. MINSA. Oficina Nacional de Estadísticas. Red de Servicios
14. MINSA. Direccion Cuentas Nacionales en Salud
15. OPS. Nicaragua. Caracterización del estado de situación de salud y sus determinantes. 2015.
16. MINSA. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad 2014.18
17. Banco central. Estado de la economía y perspectivas 2014.  
[http://www.bcn.gob.ni/divulgacion\\_prensa/economia/2014/Resumen\\_Ejecutivo.pdf](http://www.bcn.gob.ni/divulgacion_prensa/economia/2014/Resumen_Ejecutivo.pdf)
18. MINSA. Rutas de trabajo del sector salud 2016-2021.
19. MINSA. Programa Todos con vos.
20. Banco Mundial. Índice de Vulnerabilidad al cambio climático.  
<http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2014/15019es.pdf>
21. MINSA. Observatorio Nacional de Recursos Humanos.  
<https://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-de-Recursos-Humanos/Fuerza-Laboral-por-Unidad/Fuerza-Laboral-Por-Departamento--Municipio-y-Perfil/>
22. Asamblea Nacional. Constitución Política de Nicaragua.  
<http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/3133c0d121ea3897062568a1005e0f89/06c0db3b7bcfc75706257307006f6c6d?OpenDocument>
23. Declaraciones de Coordinadora de Comunicación y Ciudadanía. Rosario Murillo.  
<http://100noticias.com.ni/gobierno-habilitara-181-casas-maternas-este-ano-en-nicaragua/>

24. MINSA. Direccion General de Vigilancia de la Salud. Oficina de Vigilancia Epidemiológica.
25. Banco Mundial. Los principales desafíos ambientales en Nicaragua.  
[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2013/04/23/000442464\\_20130423124225/Rendered/PDF/768940WP0SPANI00Health0in0Nicaragua.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2013/04/23/000442464_20130423124225/Rendered/PDF/768940WP0SPANI00Health0in0Nicaragua.pdf)
26. PAHO. Causas Principales de Mortalidad.  
[http://ais.paho.org/hip/viz/mort\\_causasprincipales\\_lt\\_oms.asp](http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp)
27. OMS. Informe sobre la situación mundial de la Seguridad Vial.  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/data/table\\_a2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/data/table_a2_es.pdf?ua=1)
28. GRUN. Informe Global sobre la epidemia del SIDA en Nicaragua. 2014.
29. Policía nacional. Anuario Estadísticos 2013  
<http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/estd/ae%202013.pdf>
30. Policía Nacional. Declaraciones Diario La Prensa.  
<http://www.laprensa.com.ni/2015/01/09/nacionales/1698157-al-menos-75-mujeres-fueron-asesinadas-en-nicaragua-durante-2014>
31. Banco Central de Nicaragua. Nicaragua en Cifras, 2014.  
[http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua\\_cifras/nicaragua\\_cifras.pdf](http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua_cifras/nicaragua_cifras.pdf)
32. MINSA. Plan Plurianual 2011-2015  
<https://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Planes-Institucionales/Plan-Plurianual/Plan-Plurianual-de-Salud-2011---2015/>
33. Asamblea Nacional. Decreto 22-2015.  
[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(4c9d05860ddef1c50625725e0051e506/ca83ec3e163d2fc806257e83005c8435?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/(4c9d05860ddef1c50625725e0051e506/ca83ec3e163d2fc806257e83005c8435?OpenDocument)
34. Asamblea Nacional. Ley 550.  
[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/625E262D99AA8B44062570BD0059F107?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/625E262D99AA8B44062570BD0059F107?OpenDocument)
35. Fondo Monetario Internacional. Informe de Avance sobre el Plan Nacional de Desarrollo Humano 2010.  
<https://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/scr/2011/cr11323s.pdf>
36. Asamblea Nacional. Ley de Participación Ciudadana.  
[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/F78CA467F5C96D0306257257005FBADC?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/F78CA467F5C96D0306257257005FBADC?OpenDocument)
37. MINSA. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA 2015-2019

# ANEXOS

## ANEXO -1

**Tabla 2. Indicadores seleccionados del Estado de Salud del Binomio Madre-Hijo**

	Indicador	Tendencia del Valor Nacional	Desigualdades
Salud Materna	Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer)	De 3.9 a 2.4 / <sup>1</sup>	2.9 en zona rural 3.3 en Caribe 3.5 en mujeres sin educación
	Intervalo Genésico (en meses)	De 32.0 a 36.0 / <sup>1</sup>	35 en zona rural 33 en Caribe 33 en mujeres sin educación 26 en adolescentes
	Prevalencia acceso a métodos anticonceptivos modernos	De 69.8 a 77.3 / <sup>1</sup>	75.3 en zona rural 70.3 en mujeres sin educación
	% de adolescentes que ya son madres	De 19.7 a 18.3/ <sup>1</sup>	22.2 en zona rural 23.2 en Caribe 45.4 en mujeres sin educación
	% de mujeres que tuvo atención prenatal	De 91.0 a 95.1/ <sup>1</sup>	86.6 en Caribe 83.6 en madres sin educación
	% de mujeres que tuvieron nacido vivo y que recibieron al menos una dosis de vacuna toxoide tetánico	De 62.4 a 63.9 / <sup>1</sup>	57.7 en pacífico 61.2 en adolescentes
	% de nacimientos ocurridos en un establecimiento de salud (público o privado)	De 73.8 a 88.2 / <sup>1</sup>	78.8 en zona rural 67.8 en Caribe 65.9 en madres sin educación
	% de partos por cesárea del total de partos a nivel nacional.	De 19.6 a 29.7 / <sup>1</sup>	38.5 en zona urbana 37.5 en pacífico 52.9 en madres universitarias
	% de mujeres que hacen uso de servicios de salud para la atención puerperal.	De 47.6 a 69.3 / <sup>1</sup>	59.5 en zona rural 45.2 en Caribe 42.6 en madres sin educación
	% de niños que lactaron a la primera hora de nacido	De 54 a 54.4 / <sup>1</sup>	45.6 en zona urbana 39.6 en madres universitarias
	Razón de Mortalidad Materna por 100,000 nacidos vivos registrados	De 86.4 a 49.7 / <sup>2</sup>	
Salud Infantil	Mortalidad perinatal por 1000 partos	De 20 a 16 / <sup>1</sup>	17 en zona rural 21 en madres sin educación
	Mortalidad Neonatal por 1000 partos (10 años previos)	De 18 a 10 / <sup>1</sup>	10 en zona rural 14 en madres con educación primaria
	Mortalidad Infantil por 1000 partos (10 años previos)	De 33 a 20 / <sup>1</sup>	25 en zona rural 29 en caribe
	Mortalidad en la Niñez por 1000 partos (10 años previos)	De 41 a 25 / <sup>1</sup>	31 en zona rural 35 en caribe
	Prevalencia de EDA en menores de 5 años	De 15.5 a 15.4 / <sup>1</sup>	16 en zona rural 17.2 en madres sin educación
	Prevalencia de IRA en menores de 5 años	De 29.1 a 28.5 / <sup>1</sup>	30 en zona rural 36.7 en Caribe 31.4 en madres sin educación
	% de nacimientos con bajo peso al nacer	De a 8.7 a 9.6 / <sup>1</sup>	10.8 en zona rural 12.7 en madres sin educación 12.4 madre adolescente
	Desnutrición Crónica en menores de 5 años	De 21.7 a 17.3 / <sup>1</sup>	21.6 en zona rural 31.1 en madres sin educación
	Desnutrición Aguda en menores de 5 años	De 1.4 a 2.1 / <sup>1</sup>	2.4 en zona urbana 2.4 en madres sin educación.
	% niños 18-29 meses de edad que han recibido BCG	De 98.3 a 99.1/ <sup>1</sup>	98.8 en zona rural 98.0 en madres sin educación.
	% niños 18-29 meses de edad que han recibido DPT (3 dosis)	De 95.1 a 94.3/ <sup>1</sup>	93.0 en zona rural 89.2 en madres sin educación.
	Todas las vacunas	De 85.0 a 84.0/ <sup>1</sup>	82.7 en zona rural 75.5 en madres sin educación.

1/ En período 2006/07 y 2011/12

2/ En período 2005-2013

Fuente: INIDE. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.



## ANEXO - 2:

### Principales causas de Mortalidad y AVPP

La Tasa de Mortalidad para ambos sexos por Neoplasias Malignas (C00-C97) presenta un comportamiento ascendente en el período 2005-2013, pasando de 36.2 a 44.29 por 100,000 habitantes. Tomando como referencia la esperanza de vida para el quinquenio 2005-2010 y la mortalidad registrada, se realizó el cálculo de los años de vida potenciales perdidos (AVPP), observándose que el mayor número de años de vidas perdidos es mucho mayor en el sexo femenino a partir de los 20 años, mientras que en las edades inferiores es mayor en el hombre.

Grupo de edad en años	Masculino				Femenino		
	Punto Medio de Clase PMc (Mediana)	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP
0 a 4	2	66.9	52	3,479	72.8	45	3,276
5 a 14	10	58.9	159	9,365	64.8	116	7,517
15 a 19	17	51.9	116	6,020	57.8	80	4,624
20 a 39	30	38.9	496	19,294	44.8	667	29,881
40 a 64	52	16.9	1674	28,291	22.8	2719	61,993
65 a mas	83	14.1	3071	43,301	8.2	2717	22,279

Esperanza de Vida 2005-2010	
Masculina	68.9
Femenina	74.8
Ambos Sexos	71.8

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

En lo que respecta a la mortalidad por Enfermedades Cardíacas isquémicas (I20-I25), se observa un comportamiento ascendente en la tasa de mortalidad para ambos sexos, en el período 2005-2013, pasando de 36.1 a 46.3 por 100,000 habitantes. Cabe señalar que los AVPP son mayores en el sexo masculino que en la mujer.

Grupo de edad en años	Masculino				Femenino		
	Punto Medio de Clase PMc (Mediana)	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP
0 a 4	2	66.9	0	0	72.8	1	73
5 a 14	10	58.9	2	118	64.8	1	65
15 a 19	17	51.9	15	779	57.8	9	520
20 a 39	30	38.9	235	9,142	44.8	116	5,197
40 a 64	52	16.9	1354	22,883	22.8	918	20,930
65 a mas	83	14.1	4294	60,545	8.2	4330	35,506

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

En el análisis de la mortalidad por Diabetes Mellitus (E10-E14) se observa que la tasa de mortalidad para ambos sexos, presenta una tendencia ascendente en el período 2005-2013, pasando de 19.4 a 27.7 por 100,000 habitantes, mientras que los AVPP es predominante en menores de 65 años en las mujeres, y a partir de los 65 años a más es en los hombres.

Grupo de edad en años	Masculino				Femenino		
	Punto Medio de Clase PMc (Mediana)	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP
0 a 4	2	66.9	1	67	72.8	3	218
5 a 14	10	58.9	5	295	64.8	9	583
15 a 19	17	51.9	3	156	57.8	9	520
20 a 39	30	38.9	127	4,940	44.8	118	5,286
40 a 64	52	16.9	1482	25,046	22.8	1703	38,828
65 a mas	83	14.1	1795	25,310	8.2	2661	21,820

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

La mortalidad por Insuficiencia Renal (N17-N19) presenta una tasa ascendente en el período 2005-2013, pasando de 13.2 a 23.2 por 100,000 habitantes. Los AVPP son predominantes en el sexo masculino a excepción en el grupo de edad de 0 a 4 años en donde es mayor en el sexo femenino.

Grupo de edad en años	Masculino				Femenino		
	Punto Medio de Clase PMc (Mediana)	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP	Edad Restante (EV - PMc)	Número de Muertes	AVPP
0 a 4	2	66.9	27	1,806	72.8	35	2,548
5 a 14	10	58.9	23	1,355	64.8	20	1,296
15 a 19	17	51.9	27	1,401	57.8	22	1,272
20 a 39	30	38.9	714	27,775	44.8	128	5,734
40 a 64	52	16.9	1952	32,989	22.8	492	11,218
65 a má s	83	83	1468	121,844	83	768	63,744

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

## ANEXO-3

**Tabla 3. Distribución de la mortalidad en hombres según grupo de edad. Nicaragua, quinquenio 2008 – 2012**

N	Niñez 0-4 Años	Escolar 5 a 14 años	Adolescentes 15-19 años	Adultos Jóvenes 20 a 39 años	Adultos 40 a 64 años	Tercera edad 65 años a mas
1	Trastornos respiratorios (35.30%)	Tumores malignos (17.04%)	Agresiones (19.85%)	Agresiones (14.27%)	Insuficiencia Renal (13.08%)	Enfermedades Isquémicas del Corazón (19.33%)
2	Influenza y Neumonía (10.51%)	Accidentes de Transporte (12.97%)	Otras causas externas de traumatismos accidentales (15.99%)	Accidentes de transporte (13.90%)	Enfermedades del Hígado (12.38%)	Tumores malignos (13.83%)
3	Infecciones específicas del período perinatal (9.35%)	Otras causas externas de traumatismos accidentales (12.86%)	Accidentes de transporte (13.80%)	Otras causas externas de traumatismos accidentales (10.36%)	Tumores malignos (11.22%)	Enfermedades cerebrovasculares (9.95%)
4	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (6.26%)	Influenza y Neumonía (6.54%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (11.09%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (9.13%)	Diabetes Mellitus (9.93%)	Diabetes Mellitus (8.08%)
5	Enfermedades infecciosas intestinales (3.95%)	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (3.97%)	Tumores malignos (8.47%)	Insuficiencia Renal (8.18%)	Enfermedades Isquémicas del Corazón (9.07%)	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (6.95%)
6	Otras causas de traumatismos accidentales (3.18%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (3.97%)	Influenza y Neumonía (2.77%)	Enfermedades del Hígado (6.85%)	Trastornos mentales y del comportamiento (4.93%)	Insuficiencia Renal (6.61%)

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad.

**Tabla 4. Distribución de la mortalidad en mujeres según grupo de edad. Nicaragua, 2008-2012.**

N	Niñez 0-4 Años	Escolar 5 a 14 años	Adolescentes 15-19 años	Adultos Jóvenes 20 a 39 años	Adultos 40 a 64 años	Tercera edad 65 años a mas
1	Trastornos respiratorios (32.78%)	Tumores malignos (16.71%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (19.61%)	Tumores malignos (20.88%)	Tumores malignos (27.76%)	Enfermedades Isquémicas del Corazón (19.77%)
2	Influenza y Neumonía (10.59%)	Accidentes de Transporte (9.08%)	Tumores malignos (11.20%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (6.20%)	Diabetes Mellitus (17.39%)	Tumores malignos (12.41%)
3	Infecciones específicas del período perinatal (8.61%)	Otras causas externas de traumatismos accidentales (8.50%)	Accidentes de Transporte (6.44%)	Accidentes de Transporte (4.98%)	Enfermedades Isquémicas del Corazón (9.37%)	Diabetes Mellitus (12.15%)
4	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (6.13%)	Influenza y Neumonía (6.48%)	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo (4.48%)	Insuficiencia Renal (4.01%)	Enfermedades cerebrovasculares (6.86%)	Enfermedades cerebrovasculares (11.51%)
5	Enfermedades infecciosas intestinales (3.97%)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (6.48%)	Otras causas externas de traumatismos accidentales (4.20%)	Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo (3.88%)	Enfermedades del Hígado (5.37%)	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (6.61%)
6	Desnutrición (3.20%)	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (4.03%)	Insuficiencia Renal (3.08%)	Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) (3.79%)	Insuficiencia Renal (5.02%)	Enfermedades Hipertensivas (6.37%)

Fuente: Ministerio de Salud. Oficina Nacional de Estadísticas. Base de datos de Mortalidad

## ANEXO 4

### Evaluación de la prioridades de cooperación

Prioridades de cooperación de la OPS/OMS con el país	Valor
1. Implementación de todos los componentes del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria	0.92
2. Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud para el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública	0.92
3. Fortalecimiento de redes de servicios y la gestión hospitalaria	0.92
4. Desarrollo de la participación ciudadana en salud y el control social	1.00
5. Implementación de un Programa o Estrategia Nacional de Promoción y Educación para la Salud sobre la plataforma de la identificación de los factores de riesgos y factores protectores de la salud	0.00
6. Fortalecer la capacidad institucional para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a través del desarrollo de programas integrados en el Modelo de Atención, la acción intersectorial, el ordenamiento ambiental, la educación para la salud, la participación social y, el desarrollo y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	1.00
7. Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud para incrementar las capacidades de generar y difundir información oportuna, homogénea, y confiable acerca de la cobertura de atención, los daños a la salud, los recursos humanos, físicos y financieros disponibles para la toma de decisión oportuna	0.92
8. Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos de formación de RRHH en pregrado y posgrado, con las necesidades de la transformación del Sector Salud y el desarrollo del Modelo de Atención Familiar y Comunitario	1.00
9. Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública en todos sus niveles, desarrollando un modelo de organización y gestión descentralizado, eficiente y eficaz	0.92
10. Desarrollo del Plan Estratégico de Salud de Centroamérica y República Dominicana en Nicaragua, en sus componentes de: Salud y sus determinantes, Recursos Humanos, Sistemas de Información, Investigación y Tecnologías; Rectoría Regional	1.00

## ANEXO 5

### Líneas de cooperación priorizadas por el Ministerio de Salud

**Línea Estratégica Nº 1: Apoyar la implementación de los planes de salud materna e infantil.** Contempla acciones de capacitaciones en casas maternas, capacitaciones en las normas de atención infantil a los equipos de salud y red comunitaria, apoyo con gastos operativos (viáticos, combustible) para realización del censo nutricional, jornadas de vacunación. Apoyo en la reproducción y divulgación de normas de atención a embarazadas.

**Línea Estratégica Nº 2: Fortalecer el desarrollo de la medicina natural y terapias complementarias en el Ministerio de Salud.** Creación de centro de documentación sobre medicina natural, tradicional y terapias complementarias, apoyo en procesos de investigación para generar evidencia clínica en la atención con medicina natural y la validación en el uso de las plantas medicinales para el tratamiento de diversas enfermedades. Apoyar en la formación de recursos humanos en distintas especialidades de la medicina natural.

**Línea Estratégica Nº 3: Consolidar los procesos del desarrollo de la enfermería.** Incluye capacitaciones para mejorar las habilidades y destrezas del personal de enfermería de las unidades de salud y la aplicación de los estándares de enfermería.

**Línea Estratégica Nº 4: Apoyo en las acciones de lucha anti epidémica.** Incluye actividades de capacitación, monitoreo y supervisión, gastos operativos (viáticos y combustibles) para la realización de la fumigación y abatización, reproducción de materiales educativos sobre prevención de enfermedades epidémicas.

**Línea Estratégica Nº 5: Apoyo para el fortalecimiento de la gerencia y calidad de atención en los hospitales del Ministerio de Salud.** Incluye actividades de capacitación para mejorar la calidad de atención a la población, a través de la aplicación de los indicadores de gestión hospitalaria y de los comités de calidad de los hospitales, así como la prevención de infecciones intra – hospitalarias y capacitación a los equipos de dirección

**Línea Estratégica Nº 6: Apoyo en la implementación del plan nacional de salud mental.** Apoyo en la organización de las clínicas de salud mental en los municipios, capacitación al personal de salud en atención primaria en salud mental, reproducción de material educativo para la red comunitaria.

## ANEXO-6

### Instrumento para evaluar ECP de país



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

La oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, en Nicaragua se encuentra preparando la Estrategia de Cooperación de País (ECP) para el período 2016 - 2021. Como parte de este proceso estamos evaluando el periodo anterior (2010 al 2015). Para ello su opinión y comentarios serán de utilidad.

- 1 **¿Cómo considera las prioridades de cooperación de la OPS/OMS que fueron firmadas con Nicaragua, para el contexto y necesidades del país, según lo expresado en planes nacionales de salud y desarrollo?**

Muy relevante

Relevante

Poco relevante

No relevante

No opina

Por favor comente su respuesta

- 2 **¿Qué valor le da a la cooperación de OPS/OMS en el marco de las prioridades establecidas con el país?**

Muy relevante

Relevante

Poco relevante

No relevante

No opina

Por favor comente su respuesta

- 3 **¿En qué actividades la OPS/OMS debe enfocar su cooperación?**

Por favor comente su respuesta

- 4 **¿En qué actividades la OPS/OMS no debería enfocar su cooperación?**

Por favor comente su respuesta

## ANEXO-7

### Prioridades Estratégicas, Esferas y Enfoques estratégicos.

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Líneas de intervención	Vinculación Resultado inmediato plan estratégico OPS /OMS
1. Fortalecer las capacidades de los recursos humanos en salud para contribuir a la calidad de la atención en salud, y la investigación en salud pública.	Transformar la formación del personal de salud orientada al MOSAFC.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concertar entre MINSA e instituciones formadoras de personal de salud, perfiles de competencias para dar respuesta a las necesidades del MOSAFC.</li> <li>2. Generación de procesos de evaluación de los profesionales formados y de los docentes.</li> <li>3. Promover la incorporación en la currícula de formación del personal de salud, la medicina tradicional natural y las Terapias complementarias.</li> <li>4. Diseño de metodología de evaluación de la currícula.</li> <li>5. Apoyar el proceso de formación de RRHH para la salud, con enfoque APS y uso de las Tecnologías de información.</li> <li>6. Consolidar el desarrollo de la enfermería en el sistema de salud.</li> </ol>	4.5.3 Orientación técnica proporcionada a las instituciones y los programas académicos en el ámbito de la salud, a fin de transformar la formación médica, en consonancia con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
	Desarrollo de competencias sobre investigación en salud pública y uso de evidencia generada.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación en los niveles gerenciales, SILAIS, Hospitales y municipios, sobre metodología científica de investigación en salud.</li> <li>2. Apoyo técnico al desarrollo de la agenda nacional de investigación del MINSA.</li> <li>3. Apoyo a la difusión del conocimiento.</li> </ol>	4.4.4 Países habilitados para abordar los aspectos éticos prioritarios, relacionados con la salud pública y la investigación para la salud.
2. Fortalecer las capacidades del sistema de salud para la implementación del RSI y su articulación intersectorial frente a eventos de salud pública, emergencias y desastres.	Desarrollo y mantenimiento de capacidades básicas para el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo al funcionamiento de la comisión intersectorial para el RSI.</li> <li>2. Apoyo al Centro de Enlace Nacional para su adecuada operación.</li> <li>3. Mejorar las habilidades de los equipos nacionales ante respuesta rápida de eventos de salud pública.</li> <li>4. Apoyo técnico para la actualización de los planes nacionales de respuesta.</li> <li>5. Apoyo en las acciones de lucha anti-epidémica.</li> </ol>	5.1.1 Países habilitados para desarrollar las capacidades básicas exigidas según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005).  5.3.1 Fortalecimiento de la capacidad nacional para hacer frente a emergencias, causadas por peligros de toda clase y manejar los riesgos para la salud (ERMH).
	Desarrollo de capacidades de gestión intersectorial de riesgos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo a la entidad rectora nacional en el abordaje o intervenciones en situación de desastres.</li> <li>2. Apoyar técnicamente a la comisión de salud y su trabajo intersectorial (nacional y local) en el marco del SINAPRED.</li> <li>3. Crear capacidades para responder a los efectos de la variabilidad y cambio climático.</li> <li>4. Apoyo técnico para la gestión de conocimiento para la gestión de riesgos y respuesta ante desastres.</li> </ol>	3.4.1 Aplicación del marco de la OMS en todas las políticas, para la acción en los países, incluida la acción intersectorial y la participación social, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Líneas de intervención	Vinculación Resultado inmediato plan estratégico OPS /OMS
3. Fortalecer las capacidades del país para la atención de la salud mental, reducción de la carga de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, accidentes de tránsito, y discapacidad.	Inclusión de la salud mental en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo para la formulación y desarrollo del plan nacional de salud mental.</li> <li>2. Desarrollo de capacidades en la red de servicios.</li> <li>3. Fortalecimiento de la salud mental comunitaria.</li> <li>4. Desarrollar capacidades para la implementación de medidas de control sobre las adicciones (alcohol y otras drogas).</li> <li>5. Apoyar el proceso de formación del personal en salud mental.</li> </ol>	2.2.1 Países habilitados para elaborar y ejecutar políticas y planes nacionales, en consonancia con la estrategia regional sobre salud mental y el plan de acción mundial sobre salud mental 2013-2020.
	Desarrollo y ejecución de intervenciones eficaces, para reducir factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco, régimen alimentario, inactividad física).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar la elaboración de guías, protocolos e intervenciones para reducir los riesgos de ENT, y enfermedades transmisibles, con enfoque multisectorial.</li> <li>2. Asesorar a los Gobiernos Locales en la implementación de intervenciones para modificar estilos de vida saludables.</li> <li>3. Promover la aplicación de la Ley de Tabaco.</li> <li>4. Apoyar las estrategias de comunicación y promoción de estilos de vida saludable.</li> <li>5. Generación y uso de evidencia sobre los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, accidentes de tránsito y discapacidad.</li> </ol>	2.1.1 Países habilitados para elaborar políticas y planes nacionales multisectoriales, a fin de prevenir y controlar las ENT y sus factores de riesgo, de conformidad con el plan de acción regional sobre las ENT.
	Estrategias para el manejo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades transmisibles.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar la actualización de guías y protocolos de manejo clínico.</li> <li>2. Apoyar el desarrollo de competencias en el manejo clínico epidemiológico y prevención de las ENT y las enfermedades transmisibles en el primer nivel de atención.</li> </ol>	2.1.3 Países habilitados para aplicar las estrategias para el manejo de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.
	Sistema de vigilancia de la enfermedad renal crónica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo a la elaboración y puesta en funcionamiento del sistema de Vigilancia.</li> <li>2. Apoyo técnico para elaborar reglamento de ley y la creación de las instancias para su debida aplicación.</li> <li>3. Apoyo para elaborar plan nacional de atención al paciente con ERC.</li> </ol>	2.1.5 Países habilitados para mejorar la vigilancia de la enfermedad renal crónica.
	Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de VIH, Tuberculosis, Malaria y Hepatitis Viral	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer los mecanismos de coordinación de país.</li> <li>2. Apoyar técnicamente a los programas nacionales en el proceso de control de TB y VIH y eliminación de Malaria.</li> </ol>	1.1.1 Países habilitados para aumentar la cobertura de intervenciones clave para la infección por el VIH, mediante la participación activa en diálogos de política, la elaboración de orientaciones y herramientas normativas, la difusión de información estratégica y apoyo técnico.
	Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de enfermedades desatendidas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar el desarrollo de planes de prevención y atención de la HV con participación de las redes comunitarias.</li> <li>2. Apoyar al país en el desarrollo de una estrategia de comunicación para la prevención de la HV y otras infecciones.</li> </ol>	



Prioridades estratégicas	Esferas principales	Líneas de intervención	Vinculación Resultado inmediato plan estratégico OPS /OMS
	Fortalecimiento de la capacidad nacional para el abordaje de las enfermedades inmunoprevenibles.	1. Apoyar el desarrollo de acciones sobre inmunización, de acuerdo al plan multianual del país.	1.5.1 Ejecución y seguimiento del plan de acción sobre inmunización, de acuerdo con el plan de acción mundial sobre vacunas, a fin de llegar a las poblaciones sin vacunar y que no han recibido las vacunas necesarias.
4. Promover la salud en el curso de vida, con abordaje intersectorial de los determinantes de la salud.	Intervenciones basadas en evidencia en las diferentes etapas del curso de vida.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar las intervenciones establecidas en el marco político y normativo, para la reducción de la mortalidad materno-perinatal y morbilidad materna.</li> <li>2. Apoyar a los niveles locales en el desarrollo de estrategias comunitarias para la reducción de MM y MP.</li> <li>3. Apoyar la implementación, registro y análisis de las intervenciones basadas en evidencias.</li> <li>4. Apoyar el análisis de desigualdades y definición de intervenciones para reducción de brechas.</li> <li>5. Generar evidencia y desarrollar capacidades sobre la salud de los trabajadores para la definición de líneas de intervención.</li> <li>6. Apoyar el desarrollo de capacidades nacionales para atender las necesidades de las personas adultas mayores.</li> </ol>	2.5.1 Países habilitados para elaborar, ejecutar y vigilar planes de acción, sobre la base del plan de ejecución integral sobre la nutrición de la madre, el recién nacido y el niño pequeño, que tengan en cuenta la doble carga de desnutrición.
	Determinantes de la salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer capacidades para el análisis y la definición de intervenciones de salud pública y desarrollo, basada en los determinantes de la salud.</li> <li>2. Información y comunicación de información sobre el impacto de los determinantes en todos los ámbitos.</li> </ol>	3.4.4 Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud.
5. Fortalecer el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en los componentes de: atención familiar comunitaria e intercultural y desarrollo de redes de servicios.	Acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facilitar la organización y gestión de redes locales.</li> <li>2. Desarrollo de estrategias para integrar la Medicina tradicional y terapias complementarias en el sistema de salud, en el marco del MOSAFC.</li> <li>3. Desarrollo de estrategias de mejora de la calidad, en las unidades de salud.</li> </ol>	4.1.1 Aumento de la capacidad de los países para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
	Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de la capacidad gerencial en el sistema de salud, con énfasis en ámbito hospitalario.</li> <li>2. Fortalecimiento de la calidad de atención y satisfacción del usuario en la red de servicios, con énfasis en la atención hospitalaria</li> <li>3. Apoyar técnicamente al proceso de adecuación/actualización de normas de atención.</li> <li>4. Fortalecimiento de la práctica de FESP.</li> <li>5. Coordinación con la Asamblea Nacional en el proceso de elaboración de políticas públicas en salud.</li> </ol>	4.2.2 Países habilitados para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, de conformidad con las directrices de la OPS/OMS.
	Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar el proceso de estandarización y difusión de los procesos de Auditoría Social en salud.</li> </ol>	

Prioridades estratégicas	Esferas principales	Líneas de intervención	Vinculación Resultado inmediato plan estratégico OPS /OMS
6. Contribuir al desarrollo de tecnologías sanitarias, producción de biológicos e insumos médicos.	Tecnologías sanitarias y uso racional de medicamentos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo técnico al fortalecimiento de la ARN de medicamentos.</li> <li>2. Creación de capacidades en el personal de la ARN de medicamentos, sobre registro, habilitación, fiscalización, producción y comercialización de productos (incluyendo análisis de la calidad).</li> <li>3. Apoyo técnico a escuelas formadoras para la formación del personal docente en: Buenas Prácticas de: Manufactura, Inspección Laboratorio.</li> <li>4. Apoyo al proceso de garantizar el 100% de sangre segura y donación voluntaria.</li> <li>5. Promoción del uso racional de los insumos.</li> </ol>	4.3.4 Países habilitados para poner en marcha procesos y mecanismos a fin de evaluar las tecnologías sanitarias, su incorporación y gestión, al igual que el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

