

Planificación Familiar en
Nicaragua

Logros de
50 Años

JULIO 2015

Roberto Santiso-Gálvez, MD
Victoria M. Ward, PhD
Jane T. Bertrand, PhD, MBA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Planificación Familiar en Nicaragua

Logros de 50 Años

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Victoria M. Ward, PhD

Jane T. Bertrand, PhD, MBA



MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Acuerdo de Cooperación AID-OAA-L-14-00004 e implementado por el Centro de Población Carolina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en asociación con Futures Group, ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health y la Universidad de Tulane. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Prefacio

Esta publicación constituye uno de los ocho estudios de caso que se desarrollaron en el marco de un análisis más amplio denominado “Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años.” Como su título indica, el informe principal documenta y analiza los logros en toda la región desde que comenzó el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a inicios de la década de los años sesenta. El lector de este estudio de caso puede acceder al Resumen Ejecutivo o al informe principal ingresando en:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101>

Agradecimientos

Los autores agradecen a las personas que contribuyeron con una perspectiva histórica de gran valor para este estudio de caso: Carolina Arauz, Guadalupe Canales, Freddy Cárdenas, Marianela Corriols y Edgard Narvaez. También agradecen a Freddy Cárdenas y Marianela Corriols el haber revisado una versión previa del documento. Roberto Santiso-Gálvez y María Cristina Rosales tradujeron el estudio de caso al español.

Queremos expresar un reconocimiento especial a tres personas que dedicaron enorme cantidad de tiempo y energía a este estudio de caso y al informe principal: Kime McClintock y Jerry Parks (principales asistentes de investigación en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane), y María Cristina Rosales (asistente editorial en Guatemala). Su dedicación para documentar antecedentes, comprobar hechos, verificar referencias y editar los textos enriquecieron en gran medida la calidad del producto final. También agradecemos a Nicole Carter, Alejandra Leyton y Maayan Jaffe su contribución como asistentes de investigación en secciones específicas del informe principal y/o de los estudios de caso. Mirella Augusto y María Carolina Herdoiza contribuyeron a este esfuerzo con valioso apoyo logístico y administrativo. Agradecemos a Erin Luben, Elizabeth T. Robinson y Nash Herndon en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill por su asistencia editorial, y a Denise Todloski por el diseño de la portada.

La Oficina para América Latina y el Caribe de USAID (USAID/LAC) encomendó este trabajo y dio directrices técnicas constructivas para su desarrollo. Queremos agradecer a Kimberly Cole su hábil manejo del proceso y su detallada síntesis de los comentarios de las personas que revisaron este estudio de caso. Otras personas de USAID/LAC que revisaron este estudio de caso fueron Maggie Farrell, Amber Hill, Lindsay Stewart, Verónica Valdivieso, Mary Vandembroucke y Deborah Horowitz. Por último, los autores agradecen a un grupo de especialistas sobre América Latina y el Caribe, internos y externos a USAID, que revisaron parcial o totalmente los textos, a quienes se les da el reconocimiento correspondiente en el informe principal.

Citas sugeridas:

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Santiso-Gálvez R, Ward VM, Bertrand JT. *Planificación Familiar en Nicaragua. Logros de 50 Años*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Tabla de Contenido

Prefacio.....	2
Agradecimientos	2
VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS.....	4
LOS PRIMEROS AÑOS (1967-1978)	7
CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1979-2000).....	9
EL PROCESO DE GRADUACIÓN.....	11
POLÍTICAS, LIDERAZGO Y GOBERNABILIDAD	13
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EL SISTEMA DE SALUD.....	13
Entrega de Servicios (Instituciones, Métodos y Modelos de Servicio)	14
Recursos Humanos.....	16
Sistemas de Información.....	18
Productos e Insumos Médicos	19
Financiamiento.....	20
MIRANDO HACIA EL FUTURO.....	20

VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS

Nicaragua, el país más grande de Centro América, tiene una superficie de 129,500 kilómetros cuadrados y una población estimada de 6.1 millones de habitantes.¹ La tasa de crecimiento poblacional es de 1.2 por ciento,² y un tercio de la población es menor de 15 años. Nicaragua tiene una densidad poblacional de 48 habitantes por kilómetro cuadrado y la mayoría (55.9 por ciento) vive en áreas urbanas. Más de 40 por ciento de la población vive en pobreza y alrededor del 15 por ciento vive en pobreza extrema.³ El idioma oficial de Nicaragua es el castellano; sin embargo, aproximadamente 15 por ciento de la población es indígena o de descendencia africana y habla los idiomas Miskito, Mayangna, Kriol o Garífuna.

Nicaragua está clasificada por el Banco Mundial como un país con una economía de ingresos mediano-bajos;⁴ sus indicadores a nivel macro han logrado aumentos apreciables en años recientes. El país se ha comprometido a fortalecer su capacidad de desarrollo, particularmente en lo que se refiere al combate a la pobreza y a sus políticas macroeconómicas. La salud y la educación se consideran un derechos humanos en este país.^{5,6}

La planificación familiar (PF) es uno de los programas de desarrollo más exitosos en Nicaragua. De acuerdo a expertos locales, esto se debe a que se cuenta con políticas públicas favorables complementadas por un modelo de atención integral a la salud que ha contado con apoyo, tanto de fuentes nacionales como internacionales.

De acuerdo a datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA), la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido, de 4.6 hijos por mujer en 1992-1993, a 2.4 hijos por mujer en 2011-2012 (según muestra el Cuadro 1). La tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) para todos los métodos es 80.4 por ciento, lo cual sitúa a Nicaragua muy por encima de otros países con indicadores económicos similares, o mejores. Desde 1992-93 a 2011-12, la TPA de métodos modernos aumentó, de 44.9 por ciento a 77.3 por ciento.

Según se observa en la Gráfica 1, la mezcla de métodos ha tenido algunas variantes en el transcurso de los años. La esterilización femenina sigue siendo el método preferido por todas las usuarias en Nicaragua (37.1 por ciento). Los inyectables han tenido un clarísimo incremento en la mezcla de métodos, de 2.5 por ciento en 1992-93 a 32.3 en 2011-12, lo que sin duda ha contribuido al incremento de la TPA. Se puede observar, también, una disminución en el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, como la T de Cu, a pesar que el DIU aún

¹ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). 2012. *Población Total, Estimada al 30 de Junio del Año 2012*. Managua, Nicaragua: INIDE; 2012:

<http://www.inide.gob.ni/estadisticas/Cifras%20municipales%20a%C3%B1o%202012%20INIDE.pdf>.

² Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). *Long Term Population Estimates and Projections 1950-2100*. Managua, Nicaragua: CELANDE; 2011: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

³ INIDE, 2012.

⁴ Banco Mundial, 2014. *Clasificación de países según su economía*. Washington, DC: Banco Mundial; 2014: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>.

⁵ Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCED). *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, Plan de Acción 2005-2008*. Paris, France: OECD; 2005.

⁶ Ministerio de Salud. *Estrategia del Enfoque de Diálogo Programático con la Cooperación*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 2011: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/division-cooperacion-externa/presentacion-cooperacion-externa>.

se encuentra disponible en los servicios y se ha capacitado a los proveedores para fortalecer la oferta de este método.

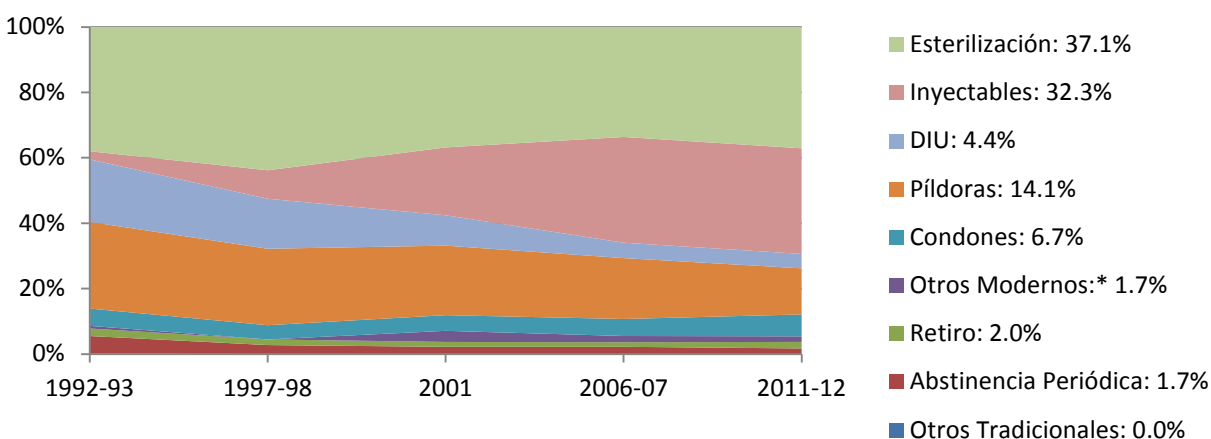
Cuadro 1: Tendencias de la Fecundidad, Uso de Anticonceptivos y Necesidad Insatisfecha Entre Mujeres Casadas/Unidas de 15-49 Años, 1992-2012

	1992-1993	1997-1998	2001	2006-2007	2011-2012
Tasa Global de Fecundidad	4.6	3.6	3.2	2.7	2.4
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (%)	48.7	60.3	68.6	72.4	80.4
TPA de Métodos Modernos* (%)	44.9	57.4	66.1	69.8	77.3
Necesidad Insatisfecha (%)		17.9	14.6	10.7	

Fuente: ENSF (1992-93) y ENDESA (1997-98, 2001, 2006-07, 2011-12 informe preliminar). ⁷ Los datos que se presentan en este cuadro se obtuvieron del DHS STATcompiler para los siguientes años: 1997-98, 2001 y 2006-07. Los datos para 1992-93, en todas las categorías, no estaban disponibles en el STATcompiler y se obtuvieron directamente de las encuestas DHS y RHS
* Métodos modernos incluye el método de amenorrea de la lactancia (MELA).

Fuente: Datos de la ENSF (1992-93) y ENDESA (1997-98, 2001, 2006-07, 2011-12); los porcentajes de las leyendas se refieren a la más reciente encuesta (2011-12)

*Incluyen esterilización masculina, métodos vaginales, y MELA



Gráfica 1: Mezcla de Métodos (1992-2012).

⁷ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12. Informe Preliminar*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 2013. Retrieved from: <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/12/INFORME-PRELIMINAR-ENDESA-2011-12.pdf>. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/07. Informe Final*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 2008. Retrieved from: http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa_2006/InformeFinal06_07.pdf. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001. Informe Final*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 2001. Retrieved from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR135/FR135.pdf>. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 1997/98. Informe Final*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 1998. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). *Encuesta sobre Salud Familiar (ENSF) 1993/93. Informe Final*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 1993.

La brecha urbano-rural en el uso de métodos anticonceptivos modernos ha disminuido a lo largo de los años (según muestra el Cuadro 2). A esto ha contribuido un mayor acceso a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) y el uso más generalizado de métodos inyectables.

Cuadro 2: Reducción del porcentaje de la brecha urbano-rural en el uso de anticoncepción moderna en mujeres casadas/unidas de 15-49 años, 1992-2012

	1992-1993	1997-1998	2001	2006-2007	2011-2012
Uso Urbano (%)	54.9	62.8	70.7	71.3	79.0
Uso Rural (%)	31.3	49.3	60.0	68.0	75.3
Brecha Urbano-Rural en el Uso de Anticonceptivos (%)	23.6	13.5	10.7	3.3	3.7

Fuente: Datos de la ENSF (1992-93) y ENDESA (1997-98, 2001, 2006-07, 2011-12).

En contraste, el embarazo en adolescentes continúa siendo un reto importante. La tasa de fecundidad en adolescentes se redujo, de 106 por 1,000 mujeres de 15-19 años de edad en 2007, a 92 por 1,000 en 2011-12. Sin embargo, continúa siendo la más alta de América Latina, seguida muy de cerca por Honduras. Aunque la fecundidad en adolescentes a nivel nacional ha disminuido, hay regiones en las que ésta ha aumentado, particularmente en las regiones más pobres del país.⁸

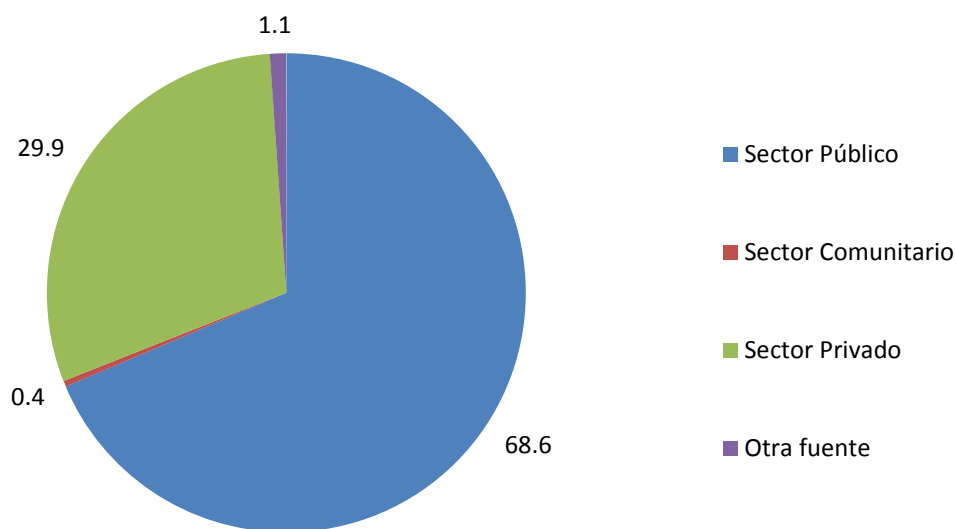
La fuente de provisión de métodos anticonceptivos modernos ha tenido variantes en el transcurso de los años (Gráfica 2). El sector público ha sido el principal proveedor desde 1998, incrementando su participación gradualmente, de 62.0 por ciento en 1998 a 67.8 en 2007. De acuerdo al informe preliminar de la ENDESA 2011-12, más de dos terceras partes de los usuarios (68.6 por ciento) obtienen sus anticonceptivos en instalaciones públicas (que incluyen hospitales públicos, centros y puestos de salud, y establecimientos del ejército o la policía). El sector privado es la fuente de provisión para 29.9 por ciento de las usuarias de PF. Las farmacias comerciales son las principales proveedoras del sector privado, y el porcentaje de usuarias que obtiene métodos de esta fuente también ha incrementado (de 11.4 por ciento en 1998 a 14.7 por ciento en 2011-2012). Las Empresas Médicas Previsionales (EMP) proveen anticonceptivos a 7.8 por ciento de las usuarias. Las organizaciones no-gubernamentales (ONG), incluyendo PROFAMILIA, han reducido gradualmente su participación como fuente de provisión de anticonceptivos (de 11.9 por ciento en 1998 a 3.6 por ciento en 2012).

Los importantes avances en PF durante las últimas cuatro décadas — particularmente en los últimos 20 años — se deben a una serie de actividades que incluyen: un mayor énfasis en la calidad de atención, tomando en cuenta las necesidades de los clientes; capacitación a los prestadores de servicios; y establecimiento de normas, guías y protocolos para la entrega de métodos anticonceptivos. Además, se han hecho mejoras en el manejo gerencial y financiero de

⁸ Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2013. “Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12.” Informe Preliminar. Managua: Ministerio de Salud.

la logística anticonceptiva y en los sistemas de información, según se verá más adelante en este estudio de caso.

El donante principal para la PF ha variado a lo largo de los años. A finales de la década de los años 60 y 70, USAID y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF por sus siglas en inglés) fueron los principales donantes. Sin embargo, durante el régimen Sandinista (1979-1990), IPPF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) tomaron el liderazgo. Cuando hubo un cambio en la administración de gobierno, en 1991, USAID volvió a ser el donante principal y continuó siéndolo hasta el año 2003. Desde entonces, también el UNFPA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Banco Mundial han dado importante apoyo a la PF en Nicaragua.⁹



Fuente: Informe preliminar de la ENDESA 2011-2012.
 * Otra fuente; incluye Partera, Familiares/Amigas, Iglesia.

Gráfica 2: Fuente de Métodos (2012).

LOS PRIMEROS AÑOS (1967-1978)

En 1967, los países miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) firmaron la Declaración de los Presidentes de América, en la que se comprometieron a mejorar la salud materno-infantil. Este documento allanó el camino para que los países de América Latina, incluyendo Nicaragua, comenzaron a orientar sus esfuerzos en PF dentro del contexto de salud de la madre y el niño. En 1968, el Ministerio de Salud (MINSa) comenzó a ofrecer información y servicios clínicos de PF, en colaboración con las Clínicas Moravas y con apoyo de USAID. Se creó el Programa Pro-Bienestar de la Familia dentro de la División Materna Infantil del MINSa,

⁹ USAID, 2014. “Informe de Evaluación del Programa de Salud 2008-2013.”

siendo atendido por enfermeras y auxiliares de enfermería. El objetivo del programa era proteger la salud de las madres y sus hijos.

En 1969, también con el apoyo de USAID, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) comenzó a ofrecer información y servicios de PF a los trabajadores afiliados, dentro del Programa de Orientación Familiar. Los esfuerzos privados en PF comenzaron en 1970, cuando se fundó la ONG, Asociación Demográfica Nicaragüense (ADN). Esta institución sensibilizó a la población en temas de salud materno-infantil, promovió la paternidad responsable, distribuyó materiales de información, educación y comunicación (IEC) y ofreció servicios de PF en la capital, Managua, siendo aceptada como miembro asociado de IPPF en 1975.¹⁰

En 1972, Nicaragua sufrió un terremoto que destruyó casi la totalidad de Managua. A raíz del terremoto, en 1973, ADN abrió una clínica modelo con financiamiento de IPPF y solicitó ayuda internacional para establecer nuevos programas para dar apoyo al MINSA y al INSS. Durante los siguientes años, USAID dio asistencia para construir 55 nuevos centros de salud y diez hospitales rurales en los que se dio información y servicios de PF.¹¹ Se capacitó a 1,650 proveedores de servicios de salud en PF y tecnología anticonceptiva; se ofrecieron servicios de PF a 63,000 mujeres en 105 centros de salud, y se establecieron 28 organizaciones de salud comunitaria. Entre 1968 y 1972, la asistencia financiera de USAID para PF en Nicaragua ascendió a un total de US\$2 millones de dólares.¹²

Durante los primeros años, ADN promovió la planificación familiar como un medio para prevenir la mortalidad materna ocasionada por el aborto inseguro y mejorar la salud y el bienestar de la mujer en general. Se comenzó con actividades de IEC con el apoyo técnico y financiero de IPPF y la autorización del MINSA. En 1972 ADN recibió apoyo de USAID para implementar la primera campaña nacional de radio con educación en PF que se mantuvo al aire durante un año. ADN organizó una serie de conferencias y seminarios dirigidos a diversas audiencias para sensibilizar a las audiencias sobre el impacto del crecimiento poblacional en el desarrollo. Además, el Instituto Centro Americano de Administración de Empresas (INCAE) organizó el primer taller centroamericano sobre perspectivas gerenciales de PF dirigido a directores ejecutivos de las Asociaciones de Planificación Familiar (APF) de Centro América.

En 1976, cinco de las seis clínicas de la ADN pasaron a manos del MINSA, a pesar de la poca cobertura y limitado apoyo para la PF. La ADN reorientó su estrategia de entrega de PF y abrió el programa de distribución comunitaria (DCA) que ofrecía métodos anticonceptivos por medio de parteras. A finales de la década de los 70, ADN comenzó a ofrecer servicios ambulatorios de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).¹³

¹⁰ Federación Internacional de Planificación Familiar, 2012. "Nicaragua." United Kingdom: IPPF; 2012: <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/western-hemisphere/nicaragua>.

¹¹ USAID Deliver Project. *Informe de Evaluación del Programa de Salud 2008-2013*. Arlington, VA: John Snow Inc.; 2014

¹² USAID Deliver Project, 2014.

¹³ Profamilia. Hechos históricos [Web]. Managua, Nicaragua: Profamilia; 2013: http://www.profamilia.org.ni/?page_id=9.

Los principales obstáculos que se enfrentaron durante esos primeros años fueron: falta de apoyo del gobierno a la PF; difícil acceso a las áreas rurales o urbanos marginales y el machismo, particularmente en el campo donde la mujer tenía que esconder el uso de anticonceptivos de su pareja. La oposición de grupos conservadores o religiosos también constituyó un reto, especialmente en la costa atlántica. En el aspecto político, el pueblo nicaragüense estaba cansado después de 45 años de dictadura por la familia Somoza. Desde los años 50, habían intentos de derrocarla que intensificaron a partir de 1978.

CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1979-2000)

A finales de los años 70, el sistema de salud en Nicaragua se vio influenciado por dos eventos importantes: El 19 de julio de 1979, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) derrocó al Presidente Anastasio Somoza y tomó el poder en Nicaragua, manteniéndose en la dirigencia política de 1979 a 1990. El gobierno Sandinista abarcaba un amplio espectro ideológico con componentes socialdemócratas, socialistas y marxistas-leninistas, influenciados por el movimiento de la teología de la liberación. En 1978, el segundo evento transformativo fue la conferencia internacional de Alma Ata que impactó la salud internacional al promover la implementación de la atención primaria de salud como componente necesario para alcanzar la meta “Salud para Todos en el Año 2000.”

El nuevo gobierno Sandinista implementó varias reformas socioeconómicas y políticas. Siguiendo la estrategia de Alma Ata, el gobierno integró el sistema de salud en un modelo de atención primaria y fusionó al MINSA con el INSS. Estableció una política de extender la cobertura y ofrecer los servicios sin costo. El gobierno construyó unidades de salud en las cabeceras municipales de todo el país y contrató a todos los médicos que pudo. Así, la PF se convirtió en parte del sistema integral de atención de la salud.

El personal de salud, incluidas las parteras tradicionales, recibió capacitación en normas de atención. El MINSA implementó planes, estrategias y programas en un modelo de salud incluyente, con el compromiso real de mejorar la salud de todos los nicaragüenses. La extensión de cobertura y el avance de los indicadores de salud que Nicaragua exhibe hoy día se atribuyen también, en parte, al apoyo de la comunidad internacional y a ese cambio fundamental en el modelo de atención de la salud que contó con amplio apoyo popular y con la participación voluntaria de la comunidad.

Este sistema de salud Sandinista dependió en gran medida de voluntarios comunitarios que proveían servicios, incluido el uso extenso de visitas domiciliarias. El gobierno emprendió un esfuerzo masivo a nivel comunitario para limpiar barrios y hogares, así como para ofrecer atención preventiva de la salud de manera gratuita. Cada año se hacía una jornada nacional de vacunación que movilizaba a todo el país. Este evento presentaba la oportunidad de repartir volantes para promover los beneficios de la PF y para ofrecer métodos anticonceptivos que se encontraban ampliamente disponibles. En ese entonces, UNFPA proporcionaba anticonceptivos gratuitos por medio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su distribución era gratuita.

El gobierno de los Estados Unidos suspendió toda ayuda económica a Nicaragua, desde 1979 hasta 1990, cuando fue electo el nuevo gobierno Sandinista. Durante estos años, que USAID no apoyó los programas de PF, la ADN redujo el número de clínicas a dos, incluyendo una que operaba en el mismo edificio que la oficina central. En ese entonces ADN trabajaba con el apoyo de IPPF y sus donantes, en su mayoría países europeos. En el 3 de diciembre de 1988, ADN cambió su nombre a PROFAMILIA.¹⁴ De acuerdo a representantes que vivieron la experiencia, cuando los representantes de una de las agencias de cooperación de USAID visitaron Nicaragua en 1990 para hacer un diagnóstico de la PF, se quedaron sorprendidos del progreso alcanzado. Dos cosas llamaron especialmente su atención: La inexistencia de un programa vertical de PF, y el hecho de que cada enfermera con la que hablaron estaba bien informada y sabía prescribir anticonceptivos.

El nuevo gobierno de Violeta Chamorro (1990-1997) transformó el estado y reemplazó a muchos Sandinistas que ocupaban cargos de dirigencia. En busca de nuevas opciones, las mujeres que habían adquirido experiencia en temas como equidad de género y derechos comenzaron a organizarse y surgió el movimiento de ONG en Nicaragua. Estas mujeres buscaron financiamiento de los donantes que conocían el trabajo que habían realizado y estaban dispuestos a apoyar su lucha por defender los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) en 1994 fortaleció los objetivos de más de 300 ONG de mujeres que trabajaban en derechos humanos, mujer y salud, y otros temas de salud relacionados, por lo que lograron obtener financiamiento y seguir trabajando en PF y salud sexual y reproductiva (SSR).

El apoyo de los donantes internacionales fue muy valioso para PF durante el periodo de la consolidación IPPF (con financiamiento de múltiples benefactores) y el UNFPA fueron los donantes más importantes en el período 1979-1990. Más adelante, a partir de 1991, USAID ha sido un líder en brindar apoyo técnico y financiero a los programas de salud en Nicaragua y ha invertido, desde entonces, más de US\$200 millones de dólares en ellos. Una tercera parte de este financiamiento se ha dedicado a la provisión de servicios de PF y SSR, a través de PROFAMILIA y el MINSA. Esta asistencia se fortaleció aún más a partir de 1998, cuando Nicaragua fue fuertemente golpeada por el huracán Mitch.¹⁵

A raíz del huracán Mitch, USAID financió la creación de la Federación NICASALUD (Redes Nicaragua), un proyecto dedicado a reconstruir las áreas más afectadas. USAID continuó financiándolo a lo largo de muchos años, hasta septiembre de 2013. La asistencia técnica y financiera de USAID en el área de salud materno-infantil continuó a través de varios proyectos. Uno de ellos es FamiSalud, ejecutado por 10 ONG de la Red NICASALUD. FamiSalud se ha enfocado en mejorar la calidad de los servicios en distintos niveles de atención. Las actividades realizadas han incluido el fortalecimiento del sistema de salud, el incremento de la cobertura a nivel comunitario y el apoyo a la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria

¹⁴ El 3 de diciembre de 1988, ADN cambia su nombre a PROFAMILIA, por lo que de aquí en adelante nos referimos a ADN con su nuevo nombre.

¹⁵ Avila G, Gutiérrez V, Corriols M, Cole K. *Estrategia de Graduación de Planificación Familiar, Informe Final de Evaluación, Octubre 2012*. Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2012.

¹⁵ USAID/Nicaragua. Health [Web]. Managua, Nicaragua: USAID/Nicaragua; 2014: <http://www.usaid.gov/nicaragua/health>.

(MOSAFC). Las actividades de USAID han contribuido directamente al incremento de los indicadores de salud reportados por el MINSA, incluidos la reducción de la mortalidad materna, el incremento de partos institucionales, y el incremento de mujeres embarazadas que reciben control prenatal. Los programas comunitarios de salud llegan a más de 280,000 personas en las 78 municipalidades más pobres del país.¹⁶

El Gobierno de Nicaragua, el sector privado y múltiples ONG han recibido apoyo de USAID para capacitar a proveedores y administradores de salud en una amplia gama de temas: tecnología anticonceptiva, establecimiento de normas, guías y protocolos para la entrega de servicios de PF, logística anticonceptiva, y sistemas de información. Se ha puesto énfasis en la calidad de atención, en mejorar los servicios y en ampliar la cobertura. Los altos niveles de prevalencia anticonceptiva de métodos modernos han contribuido, de manera directa, a la evidente reducción de la mortalidad materna durante los últimos cinco años.¹⁷

Nicaragua ha mantenido un enfoque integral para la salud y ha logrado buena coordinación entre sus donantes, entre quienes se incluye a varias agencias del sistema de Naciones Unidas (p. ej. OPS, UNFPA, UNICEF), al Banco Mundial, Banco Interamericano para el Desarrollo (BID), e IPPF. Los donantes europeos incluyen los Países Bajos, Finlandia y Suecia, entre otros.

En años recientes, las ONG de mujeres han sufrido una crisis de sustentabilidad económica por diversas razones. Aunque su número ha disminuido, las que quedan siguen luchando por mantener los derechos reproductivos de la mujer en la agenda pública y el ámbito político. La participación y liderazgo de estos grupos han mantenido los logros en el área de SSR alcanzados durante los últimos 20 años, y han contribuido a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de PF para todas las mujeres, particularmente para las que viven en las áreas rurales.

EL PROCESO DE GRADUACIÓN

En el año 2003, Nicaragua albergó una reunión internacional en la que se lanzó la Iniciativa para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) para 8 países latinoamericanos. Nicaragua estableció su Comité DAIA en el año 2004 con el apoyo de USAID. El MINSA coordina el comité DAIA, con la participación del INSS, las EMP, el sector comercial farmacéutico, la Federación Red NICASALUD, PROFAMILIA, UNFPA, USAID y varios de sus contratistas. Desde su creación y hasta el año 2012, un proyecto apoyado por USAID estuvo a cargo de la secretaría técnica del Comité DAIA. Su objetivo, como el que estos comités tienen en la región, es mejorar la disponibilidad o seguridad anticonceptiva en general.¹⁸ El DAIA estableció cuatro comisiones de trabajo en logística, políticas e activismo, segmentación del mercado y financiamiento.

En el año 2007, llegó a Nicaragua un equipo de USAID/Washington para desarrollar una estrategia de graduación junto con la Misión USAID/Nicaragua y altos funcionarios del MINSA,

¹⁶ USAID/Nicaragua, 2014.

¹⁷ Avila et al., 2012.

¹⁸ La seguridad anticonceptiva existe “cuando todas las personas pueden seleccionar, obtener y utilizar anticonceptivos de buena calidad y condones para planificación familiar y para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.”

INSS, sector privado, ONGs, grupos de activismo, y otros donantes. Los funcionarios de la Misión local de USAID dieron firme apoyo al proceso de graduación ya que estaba claro que el Gobierno de Nicaragua había logrado importantes avances en el establecimiento de políticas de salud, mejora la atención primaria de la salud, reducción de la mortalidad materna, y mayor acceso a la PF en las áreas rurales.¹⁹ Se realizó un diagnóstico de necesidades para identificar los principales aspectos a superar para lograr una “graduación” exitosa de la asistencia de USAID: dependencia histórica de donaciones para todos los insumos anticonceptivos; segmentación del mercado limitada; debilidad en la gobernancia del sistema de salud; inequidades en el acceso a servicios y en la calidad de los mismos, así como escasez de recursos humanos, institucionales y financieros para realizar encuestas de salud. En 2005, con la ayuda del comité DAIA, el MINSA desarrollo un plan para la seguridad anticonceptiva 2005 a 2008. Este plan fue ratificado en 2006 y sirvió de base para sustentar el trabajo de la DAIA hasta el momento de la graduación.^{20,21} Después de una evaluación del plan, un nuevo plan para 2009-2012 fue desarrollado e implementado.

Después de enfrentar varios retos y tras largas deliberaciones, se firmó un acuerdo entre USAID, UNFPA y el gobierno de Nicaragua para la adquisición de anticonceptivos y, a partir del año 2007, el gobierno tomó mayor responsabilidad del programa de PF.²²

USAID apoyó la Estrategia de Graduación de Planificación Familiar en Nicaragua, del 1 de octubre de 2007 al 30 de septiembre de 2012, con un presupuesto estimado de US\$13.5 millones de dólares. Esta estrategia se dividió en dos fases: La fase de fortalecimiento del sistema de salud (2008-2009), y la fase de desarrollo de la sustentabilidad (2010-2012). La estrategia incluyó cinco componentes: (1) disponibilidad asegurada de anticonceptivos, (2) segmentación del mercado, (3) fortalecimiento del sistema de salud, (4) mejora de los servicios y calidad de atención, y (5) fortalecimiento del sistema de información para la toma de decisiones. Se establecieron 17 indicadores de desempeño para medir resultados.²³ Durante el desarrollo de esta estrategia, USAID brindó importante apoyo para fortalecer cada uno de estos componentes.

Los logros del comité DAIA reflejan el éxito del proceso de graduación en Nicaragua. Los resultados de una evaluación realizada en octubre 2012 indican que 15 de los 17 indicadores, habían sido logrados y los dos restantes (que se refieren a la segmentación del mercado y la participación del MINSA y del INSS en la cuota del mercado), estaban en proceso de lograrse. Sin embargo, el proceso no ha sido fácil y hay varios aspectos del sistema que necesitan ser fortalecidos.²⁴

¹⁹ Bertrand JT. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute; 2011:

http://www.populationinstitute.org/external/files/reports/FINAL_LAC_Report.pdf.

²⁰ Bertrand, 2011.

²¹ USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. *Los Comités para la DAIA: Su papel en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Constella Futures; 2007:

http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/404_1_404_1_CS_Committees_Case_Study_English_FINAL_acc.pdf

²² Bertrand J.T., 2011.

²³ Avila et al, 2012

²⁴ Ibid.

POLÍTICAS, LIDERAZGO Y GOBERNABILIDAD

Como se mencionó antes, la reforma del sector salud en Nicaragua puso mucho énfasis en la prevención. La salud materno-infantil se incluyó en la constitución política de 1987, con su componente de PF en los servicios integrales de salud. Ahora, la PF forma parte importante de la estrategia del gobierno para reducir la mortalidad materna y prevenir el embarazo en adolescentes. También se le incluye en los diferentes planes de salud familiar y comunitaria, en los planes de desarrollo humano, y en la política de población.

En el año 2007, la Política Nacional de Salud exigió el acceso a los servicios de salud sin costo, la asignación de recursos al MINSA, y la ampliación de la cobertura del sistema público de salud que hoy día atiende a alrededor del 80 por ciento de la población. Esta política incluye el marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), que se basa en el acceso equitativo a los servicios de salud. El modelo pretende reducir las brechas de atención para poblaciones marginadas y pone énfasis en la SSR y en la prevención de enfermedades. MOSAF representa un nuevo paradigma de atención integral en la salud, con énfasis en el nivel comunitario.

Nicaragua cuenta con una sólida política de salud pública, ha ratificado e adhiere a las declaraciones y tratados internacionales como la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Este diálogo político ha sido clave para el éxito del programa de PF.²⁵ Además, Nicaragua fue uno de los pocos países latinoamericanos incluidos en la ronda inicial de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, en la que donantes y gobiernos se comprometieron que la gestión de la asistencia para el desarrollo sea efectiva, responsable y transparente.²⁶

Como resultado de la voluntad política y un vigoroso marco jurídico legal, el gobierno ha logrado grandes avances en sus políticas. Se ha esforzado en mejorar la atención primaria de salud, reducir la mortalidad materna, y mejorar la cobertura de PF a las áreas más remotas. Sin embargo, hay limitaciones financieras y de logística que podrían poner en riesgo los logros alcanzados.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EL SISTEMA DE SALUD

Los servicios de salud en Nicaragua se ofrecen en su mayor parte a través del sector público que está financiado por los impuestos. El principal proveedor de servicios es el MINSA, que actualmente cubre a 80 por ciento de la población. El INSS ofrece servicios de salud a los trabajadores del sector público y cubre aproximadamente a 10 por ciento de la población. Solamente un pequeño porcentaje de los nicaragüenses recibe servicios de salud privados.

²⁵ Avila et al. 2012.

²⁶ OECD, 2005.

El Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS), es una unidad descentralizada de salud creada por el MINSA en 1990 con el objetivo de ofrecer servicios de salud preventivos y curativos de alta calidad y de manera gratuita, dando atención preferencial a la población de ingresos económicos limitados.²⁷ Los SILAIS ponen énfasis en la población rural y en las zonas geográficas aisladas, que son las que presentan los indicadores más bajos en salud materno-infantil de todo el país.

En el año 2008, el MINSA lanzó la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, que forma parte del Plan Nacional de Desarrollo e incluye dentro de sus objetivos principales el acceso universal a métodos de planificación familiar. USAID apoyó esta estrategia por medio de actividades de advocación a través de la Mesa Redonda del sector de Salud y el Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD).²⁸ Específicamente para monitorear el progreso, el Plan incluye el acceso a métodos anticonceptivos como un indicador de proceso y la tasa de prevalencia de anticonceptivos como indicador de impacto.

USAID dio apoyo a la estrategia para fortalecer el sistema de salud con sus distintos componentes. Esta estrategia incluyó seis elementos fundamentales: 1) política (liderazgo y gobernabilidad), 2) financiamiento de servicios de salud, 3) recursos humanos, 4) logística (productos médicos y tecnología), 5) entrega de servicios (cobertura y calidad); e 6) información e investigación.

Entrega de Servicios (Instituciones, Métodos y Modelos de Servicio)

Nicaragua ha tenido como política la integralidad de la atención y la PF ha sido incluida dentro de los servicios de salud. El MINSA y el INSS estaban unificados bajo el gobierno Sandinista y volvieron a separarse cuando la señora Violeta Chamorro accedió al poder.

MINSA — El MINSA es el principal proveedor de servicios y es la entidad rectora del sector. Ofrece servicios clínicos gratuitos en los 15 departamentos del país a través de los SILAIS, en hospitales, centros y puestos de salud, a nivel nacional.

Aunque a nivel nacional los desabastecimientos de los métodos anticonceptivos prácticamente han desaparecido en el MINSA, aún hay algunos casos de desabastecimiento de algunos métodos, particularmente en las áreas con menos acceso.

A finales de la década de los 90, la estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) fue promovida por el UNFPA y apoyada por el DAIA. La estrategia ha sido exitosa porque facilita a la mujer la oportunidad de recibir información y consejería sobre anticoncepción y a optar por un método antes de salir del hospital o centro de atención después de un evento obstétrico. Muchas veces, este es la primera vez que una mujer está expuesta a información y servicios de PF.

²⁷ Gobierno de Nicaragua, 2013. “SILAIS Managua”

²⁸ FCG International, junio 2013. El Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) es un mecanismo financiero establecido en Nicaragua para apoyar los planes institucionales del MSP y mejorar la efectividad de la asistencia para el desarrollo. FONSALUD se ha implementado en Nicaragua para coordinar, armonizar y alinear la asistencia al sector salud entre el MSP y sus socios cooperantes.

INSS — El INSS cubre a los asalariados del sector privado y del sector formal. Cuenta con su propia red de instalaciones médicas, pero contrata servicios a través de las EMP y las Clínicas Médicas Previsionales (CMP) que compran los métodos anticonceptivos de PROFAMILIA.

En 2007, bajo el gobierno de Daniel Ortega, estas CMP se adscribieron al MINSA como empresas estatales con autonomía administrativa y financiera. En ese mismo año, las autoridades del INSS cambiaron el nombre de las CMP a Instituciones Provisoras de Servicios de Salud (IPSS), que incluyen proveedores públicos y privados. A partir de 2007, el INSS incrementó su participación en la entrega de servicios de PF, de cubrir 3.6 por ciento del mercado en 2007, a cubrir un 7.8 por ciento en 2011, reduciendo así la carga del MINSA en la entrega de servicios esta población.

Como fuente alternativa de financiamiento y para reducir la carga al MINSA, el INSS proporciona servicios a sus afiliados en los hospitales del MINSA.²⁹

Entre los años 2004 y 2007, USAID implementó el proyecto “*Banking on Health*” para promover el papel del sector privado en la provisión de servicios de PF/SSR a través del INSS. El proyecto inicialmente capacitó a dos bancos comerciales, Finarca y BanPro, para comprender mejor el mercado de los servicios de salud en Nicaragua y otorgar acceso a crédito a las IPSS que ofrecen servicios al INSS. La capacitación cubrió el manejo financiero, identificación de proyectos rentables y procesos de adquisición de insumos. Se trató que estas entidades comprendieran los beneficios de la PF como una actividad de salud preventiva con grandes beneficios, tanto para el usuaria como para el proveedor. Así mismo, se capacitó a los proveedores de servicios del INSS en mejorar su capacidad para evaluar y certificar a los proveedores comerciales con criterios financieros.

Este proyecto despertó el interés del INSS y de las IPSS para invertir en servicios de PF y SSR. Las instituciones participantes aumentaron su número de usuarias y mejoraron la calidad de sus servicios, además de fortalecer su relación con el INSS. Las usuarias expresaron satisfacción con las mejoras observadas. El INSS realizó algunos cambios en sus políticas para fortalecer su sistema, y se contempló la posibilidad de abarcar la cobertura del seguro social a empleados del sector informal. Sin embargo, en el medio de la implementación del programa hubo un cambio de autoridades de gobierno y la nueva administración no apoyó este plan, con lo que no se llegó a alcanzar el éxito esperado.³⁰

Sector privado — El sector privado participa en la provisión de servicios, mayoritariamente a través de farmacias, EMP, PROFAMILIA con su red de 17 clínicas situadas en todo el país, clínicas y hospitales privados, PASMO, así como supermercados, mercados y promotores. En menor medida, los servicios de PF/SSR se ofrecen también por dos organizaciones feministas sin fines de lucro comprometidas con la defensa de los derechos reproductivos de la mujer: el Centro de Mujeres Ixchén y la Asociación de Servicios Integrales para la Mujer (Si Mujer). Esta última trabaja con jóvenes de ambos sexos.

²⁹ USAID/DELIVER Project. *Nicaragua: Una Alianza Modelo entre El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Ministerio de Salud*. Arlington, VA: John Snow Inc.; 2010.

³⁰ Banking on Health Project. *The Banking on Health Project End of Project Report*. Bethesda, MD: Banking on Health, Abt Associates Inc.; 2009.

Mercadeo Social — A partir de los finales de los años 90, USAID financiaba a PROFAMILIA para implementar una estrategia de mercadeo social. Aunque el mercadeo social ya no se usa como estrategia, diez años después de terminarse el financiamiento de USAID, PROFAMILIA continúa ofreciendo anticonceptivos para usuarias de ingresos bajos a nivel comunitario, financiándolos con fondos propios. De acuerdo a la ENDESA 2011-2012, PROFAMILIA tiene un 2 por ciento de la cuota del mercado, lo que resulta alentador ya que esta institución no recibe ninguna asistencia financiera de USAID.

PASMO es una institución regional del mercadeo social establecida con fondos de USAID en 1997. PASMO trabaja con el gobierno para mejorar la cobertura en las áreas rurales y, en años recientes, incorporó el enfoque de doble protección para VIH-SIDA, mejorando el acceso a los condones. Actualmente, PASMO maneja un proyecto médico conocido como Redes Seguras que promueve el uso de métodos de larga duración (p. ej. DIUs e implantes Jadelle).

Distribución Comunitaria — La distribución de anticonceptivos a nivel comunitario comenzó a finales de los años 90 con la participación de promotores voluntarios. Esta fue una iniciativa local para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos en áreas remotas donde había carestía de instalaciones y personal de salud.

Luego de analizar su experiencia con distribuidores comunitarios de PROFAMILIA, USAID comenzó a apoyar al MINSA a desarrollar una estrategia de entrega de anticonceptivos conocida como Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Esta estrategia fue implementada en tres fases de ejecución (desde 2006 hasta 2012) en conjunto con la Federación Red NICASALUD en el marco del proyecto Familias Unidas por su Salud (FamiSalud/USAID), logrando una cobertura de 917 comunidades en 12 centros SILAIS.

La estrategia ECMAC ha sido tan exitosa que, a partir de 2011, se utiliza para mejorar el acceso de las adolescentes a la anticoncepción, particularmente aquellas que son sexualmente activas pero no viven en unión y tienen menos probabilidades de acercarse a las Unidades de Salud. Con el apoyo de UNFPA, se han preparado unos normativos conocidos como ECMAC-Adolescente y se utilizan a nivel de pares para optimizar la distribución de anticonceptivos, particularmente condones. Esta estrategia ha demostrado ser valiosa para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre personas que tradicionalmente no acuden a los servicios de salud.

Recursos Humanos

El personal que presta y administra servicios de PF en Nicaragua incluye médicos, enfermeros, trabajadores sociales, consejeros, técnicos en logística, administradores, y otro personal de apoyo.

Como parte del proceso de graduación, y con apoyo de USAID y otras agencias de cooperación internacional, del año 2007 al 2013 se hicieron grandes esfuerzos para capacitar y monitorear al personal que da información y servicios de PF/SSR. Alrededor de 13,000 personas se beneficiaron con esta capacitación, incluidos miembros del personal del MINSA, clínicas

médicas, proveedores del INSS, ONG y consejeros comunitarios. La capacitación dio énfasis al establecimiento e implementación de guías y protocolos para mejorar la calidad de los servicios.

Además, se desarrolló un paquete de capacitación para las universidades y escuelas de enfermería denominado “maletas pedagógicas”, que se basa en las normas nacionales y ha sido oficialmente adoptado por el MINSa. Desde el año 2012, el apoyo de USAID se ha dirigido a universidades y escuelas de enfermería en Nicaragua para integrar el contenido de PF en el currículum de estudios y brindar capacitación pre-servicio a los médicos, incluyendo capacitación en liderazgo y administración de programas de PF.

Con el apoyo de USAID, las universidades públicas de Nicaragua han incorporado contenidos del sistema logístico del MINSa en su currículum académico, con el fin de formar un cuadro de profesionales de la salud que maneje este sistema en el futuro. La Escuela de Farmacia de la Universidad de Managua está teniendo éxito en capacitar alumnos en logística y en el uso racional de los medicamentos. El proyecto está funcionando con catedráticos de otras universidades locales (escuelas de medicina y farmacia y otras instituciones académicas) para seguir capacitando a los estudiantes en el manejo del sistema logístico del MINSa.³¹

La integración de la PF/SSR en el currículum médico se considera un logro importante que traerá particular beneficio a las áreas rurales que generalmente son cubiertas por médicos recién graduados que llegan a hacer allí su servicio social. Hasta hace pocos años, los médicos graduados prestaban servicios durante un año, pero el período de servicio social se ha incrementado a dos años, con lo que hay un poco de mayor estabilidad en el campo. La inclusión de normas del MINSa en el currículum educativo de las escuelas de medicina proporciona a los médicos graduados el conocimiento y preparación necesarios para implementar las guías de atención de manera apropiada.

USAID también otorgó financiamiento para una Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) con un enfoque de género y derechos reproductivos.

Aunque todas las escuelas de medicina, enfermería y farmacia han incorporado la PF en su capacitación pre-servicio, algunos críticos sostienen que estas guías no se diseminan con suficiente consistencia entre el personal de salud entre todo el sistema. Además, hay comunidades donde no se cuenta con personal médico y se depende únicamente de auxiliares de enfermería que no han sido expuestos a las normas y estándares de servicio.

La constante generación de nuevos conocimientos exige la actualización periódica de los estándares y guías de atención, así como la capacitación del personal para que esté al día en los avances de la PF. Estas áreas todavía requieren atención.³²

³¹ USAID/DELIVER Project. *Sustainability through Pre-Service Training*. Arlington, VA: John Snow Inc.; 2013: http://deliver.jsi.com/dhome/countries/countrynewsdetail?p_item_id=26840480&p_token=0E901B6AA9291BE26FEC59F378A69BDE&p_item_title=Sustainability%20through%20Pre-Service%20Training&p_persp=PERSP_DLVR_CNTRY_NI.

³² Avila et al., 2012.

El apoyo que USAID dio en Nicaragua durante dos décadas para capacitación de personal ha sido muy importante y valioso para mejorar los estándares de atención de los servicios de PF; sin embargo, aún hay limitaciones en los recursos humanos del sector salud en cuanto a cantidad, competencias y calidad clínica. También hay deficiencias en el sistema de información y logística. Esto, junto a la rotación de personal y los bajos niveles de motivación e incentivos, constituyen retos que todavía hay que superar.

Sistemas de Información

Desde 1988, USAID ha dado asistencia técnica y financiera al MINSA y a PROFAMILIA para establecer sistemas de información.³³

Hasta el año 2003, el MINSA tenía seis sistemas logísticos que funcionaban paralelamente al sistema tradicional de adquisiciones. Esto ocasionaba duplicidad de información a nivel local y central, así como obstáculos de coordinación y comunicación, retrasos, y problemas en el control de inventarios y otros.

A partir de 2005, con el apoyo de USAID y UNFPA, el MINSA inició un proceso para integrar la distribución de anticonceptivos al sistema de medicamentos esenciales. Se aprovecharon las fortalezas de cada uno de los sistemas existentes y se han ido mejorando desde 2008. En el año 2011 se añadieron al sistema los insumos para pruebas de VIH y los antiretrovirales. El sistema, denominado Proyecto Automatizado del Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos (PASIGLIM), proporciona información sobre el consumo y existencias de anticonceptivos en toda la red de servicios del país. Esto permite monitorear la disponibilidad en determinado momento y provee medidas oportunas para garantizar un abastecimiento adecuado. En una medición del consolidado automatizado realizada en enero 2013 se encontró un desabastecimiento menor al uno por ciento, lo que representa una disminución importante, ya que en 2007 se reportaba un desabastecimiento de 36 por ciento.³⁴

USAID dió apoyo para la evolución del sistema logístico de anticonceptivos, de un sistema vertical a un sistema de información integral que incluye medicamentos esenciales y anticonceptivos en cinco SILAIS. Debido a su exitosa implementación, el sistema logístico de anticonceptivos sirvió de base para el sistema integral. De acuerdo a informes de USAID, este sistema integral ha contribuido a fortalecer los servicios de PF postparto en 22 hospitales de atención materno infantil.³⁵

La ENDESA representa otra fuente importante de información para la programación, implementación, monitoreo y toma de decisiones. USAID apoyó la realización de las primeras cuatro ENDESAS en Nicaragua, por la asistencia técnica de CDC de Atlanta. La última ENDESA que contó con el apoyo de USAID fue la ENDESA 2006-2007. Nicaragua realizó su más reciente ENDESA 2011-2012, bajo la responsabilidad del Instituto Nacional e Información

³³ USAID/DELIVER Project. *Nicaragua: Final Country Report*. Arlington, VA: John Snow Inc.; 2007.

³⁴ Republica de Nicaragua Ministerio de Salud. *Manual de Procedimientos del Sistema de información para la Gestión Logística de Insumos Médicos*. Republica de Nicaragua; 2007.

³⁵ USAID/Proyecto DELIVER, 2007.

de Desarrollo (INIDE) y el MINSA, con apoyo técnico y financiero del Fondo Mundial, Banco Mundial, UNFPA y UNICEF. Los datos del informe preliminar de esta ENDESA se incluyeron en este estudio de caso. La ENDESA ha sido una herramienta valiosa para monitorear el avance de dos indicadores importantes para cumplir con los ODM: reducción de la fecundidad y mortalidad infantil.

Productos e Insumos Médicos

El MINSA ofrece cinco métodos anticonceptivos que están incluidos en su listado de medicamentos esenciales: condón masculino, DIU, inyectables de un mes, inyectables de 3 meses, y métodos orales combinados. También está disponible la esterilización masculina y femenina.

Según la encuesta anual sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos y medicamentos esenciales de SSR, el porcentaje de unidades de salud del MINSA que ofrece al menos tres anticonceptivos modernos y no ha tenido desabastecimientos durante los últimos seis meses, incrementó, de 67 por ciento en 2008 a 96.9 por ciento en 2012. La disponibilidad de al menos 3 a 5 medicamentos de SSR y salud materna para salvar vidas en las unidades que ofrecen servicios, fue de 99.6 por ciento para 2012. Estos datos ponen de manifiesto el incremento del financiamiento público para adquirir métodos anticonceptivos modernos y la existencia de mejores sistemas de logística de insumos.³⁶

El MINSA ha mantenido el compromiso de adquirir y ofrecer insumos anticonceptivos a toda la población nicaragüense. Para mejorar el proceso de adquisición, el gobierno formalizó un convenio con el UNFPA como agente de compras. Esta era una de las pocas alternativas dentro del contexto legal del país, tomando en cuenta que la adquisición por medio de licitaciones locales era más costosa. Las necesidades de consumo se calcularon de acuerdo a la población que atiende cada institución, por lo que el MINSA pudo solicitar a otras instancias, como el INSS, que promuevan y ofrezcan servicios de PF en todas sus instalaciones públicas y privadas.

Sin embargo, siendo Nicaragua un país con recursos limitados, existe el temor que la creciente demanda de servicios e insumos anticonceptivos y la precariedad económica que muchas veces existe en el gobierno ponga en peligro la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Por lo tanto, se considera necesario continuar con actividades de comunicación, cabildeo e incidencia política a distintos niveles para mantener y fortalecer el apoyo del estado a la PF/SSR. Hoy día el DAIA se conoce como Comité de Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva (AISSR) al haber incluido aspectos de Salud Sexual y Reproductiva dentro de sus actividades.

Los miembros de la iniciativa de USAID para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos de América Latina y el Caribe, entre ellos Nicaragua, se reunieron en Lima, Perú en mayo de 2011 y acordaron la necesidad de comenzar a buscar nuevas opciones para la adquisición de insumos anticonceptivos. Propusieron realizar estudios de mercado para

³⁶ Republica de Nicaragua Ministerio de Salud, 2007.

comprender mejor la situación de los proveedores, insumos. y precios que podrían estar disponibles para el sector público.³⁷

Financiamiento

En el año 2006, el MINSA financiaba uno por ciento de la necesidad total de anticonceptivos. Su contribución fue aumentando gradualmente, hasta cubrir 74 por ciento en 2011. El porcentaje restante sigue siendo donado por el UNFPA, a pesar que supuestamente esta donación terminaba a finales de 2012. Para que la adquisición de anticonceptivos sea sostenible, el MINSA deberá asumir el 100 por ciento de la adquisición, a través de fondos fiscales o de proyectos específicos. Se está analizando una opción permitida por la actual legislación que consiste en utilizar el servicio de información y adquisición del UNFPA Access RH (fondo rotatorio), para que la adquisición sea más eficiente. Sin embargo, los críticos sostienen que este sistema no ha funcionado en el pasado.

A pesar que existe una línea presupuestaria en el MINSA para la adquisición de insumos anticonceptivos, los fondos requeridos anualmente son variables y tienden a incrementar cada año. Por lo tanto, es necesario mejorar la eficiencia del sistema de adquisiciones y hacer proyecciones a mediano y largo plazo.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Nicaragua finalizó con éxito el proceso de graduación de la asistencia financiera de USAID a la PF en 2012, y hay suficiente evidencia para afirmar que la entrega de insumos y servicios de PF/SSR continuará de manera sostenida.

Nicaragua ha logrado importantes avances en sus indicadores de atención primaria de salud a nivel macro: ha reducido la mortalidad materna y ha incrementado la prevalencia de anticonceptivos. También se ha logrado mayor participación del INSS en la provisión de servicios e insumos de PF, disminuyendo la carga en los servicios del MINSA. El gobierno ha demostrado su fuerte compromiso con los servicios integrales para mejorar la salud de su población.

Los principales retos para la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en Nicaragua son:

- a. lograr la disponibilidad de fondos gubernamentales para garantizar la adquisición del 100 por ciento de los insumos anticonceptivos necesarios para la población que cubre el MINSA;
- b. ampliar la cobertura de PF del INSS y la provisión de anticonceptivos a las personas que no cuentan con un seguro (aunque se han logrado avances importantes en el acceso a la PF, se hace necesario mejorar la capacidad del sistema público de salud para llegar adecuadamente a las áreas rurales remotas y reducir las inequidades urbano/rurales en la provisión de servicios y calidad de atención, así como en los servicios para poblaciones vulnerables);

³⁷ USAID/DELIVER Project, 2011. Update: LAC CS Regional Initiative Workshop Summary.

- c. disminuir la necesidad insatisfecha, particularmente entre adolescentes (el embarazo en adolescentes sigue siendo un importante desafío para Nicaragua. Dieciocho por ciento de las adolescentes ya son madres, y cinco por ciento adicional está embarazada de su primer hijo. Este segmento importante de la población continúa creciendo y creará aún más demanda de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en el futuro);
- d. fortalecer la calidad de atención en los servicios de planificación familiar;
- e. mantener suficiente personal capacitado para consolidar los avances y la sustentabilidad del sistema logístico de anticonceptivos (Nicaragua ha fortalecido su sistema de información logística de insumos médicos y métodos anticonceptivos. Además, ha logrado mantener personal capacitado en la mayoría de servicios de PF/SR; el establecimiento del Comité DAIA (ahora de AISSR), además de las actividades de cabildeo e incidencia política de la mesa de donantes y agencias, fueron clave para que el Gobierno asumiera la responsabilidad de proveer métodos anticonceptivos modernos con fondos públicos, o que incorporara la PF en los proyectos de salud);
- f. retener al personal capacitado y motivado para prestar servicios de PF;
- g. fortalecer la participación del sector privado para ofrecer insumos anticonceptivos a precios más favorables (se tiene una mejor segmentación del mercado que permitirá la implementación de estrategias para disminuir la necesidad insatisfecha de PF a nivel nacional).

Desde la década de los años 90, la PF/SSR en Nicaragua figura dentro de la política de salud del gobierno, con un nuevo enfoque de equidad de género y derechos humanos. La promoción de acciones tendentes a mejorar la salud de la mujer se ha convertido en una prioridad nacional. Se ha incrementado el acceso a métodos anticonceptivos, bajo la premisa de respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la libertad individual y de la pareja. El contexto político para la PF en Nicaragua sugiere que el país tendrá una graduación exitosa de la ayuda financiera de USAID a la PF.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>