



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



**ESTRATEGIA NACIONAL DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos



Managua, Agosto 2008

N Nicaragua. Ministerio de Salud
WQ Dirección General de Servicios de Salud
205 Dirección General de Regulación de Salud. Estrategia
126 Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: "Actuar hoy,
2007 Para asegurar un futuro mejor para todos" / MINSA
Managua: Mayo 2007

90 p.; ilus.; tab.; mapas.; graf.

ISBN: 978-99924-911-7-1

1 Salud Sexual y Reproductiva
2 Salud de las Mujeres
3 Atención integral de Salud
4 Manejo de Atención al Paciente
5 Atención a la Salud
6 Pautas Prácticas/Normas
7 Pobreza
8 Género y Salud
9 Sexualidad
10 Anticoncepción

2da. Edición

Ficha elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

CREDITOS

DIRECCION SUPERIOR

Dr. Guillermo González G
Ministro de Salud

Dr. Adrián Zelaya B
Secretario General

DIRECTORES GENERALES

Dra. Liana Vega M	Dirección General de Servicios de Salud
Dr. Alejandro Solís M	División General de Planificación y Desarrollo
Dra. Juana Ortega	División de Regulación y Normalización
Dr. Edmundo Sánchez	Dirección General de Vigilancia de la Salud
Dr. Alcides González	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
Lic. Jaime González	División General Administrativa Financiera.
Lic. José Humberto Murillo	División General de Recursos Humanos

EQUIPO TECNICO NACIONAL 2da. Edición

Dra. Clelia Valverde	Dirección General de Servicios de Salud
Dr. Wimer Beteta	Dirección General de Servicios de Salud
Dra. Sara Moraga	Dirección General de Servicios de Salud
Lic. Josefina Medrano	Dirección General de Servicios de Salud
Lic. Martha Weil	Dirección General de Servicios de Salud
Dr. Eduardo Parrales	Dirección General de Planificación y Desarrollo
Lic. Marisol Gutiérrez	Dirección General de Planificación y Desarrollo

ASESORIA TECNICA 2da. Edición

Dra. Maritza Cuan M Asesora ENSSR. UNFPA – MINS
Dr. Leonardo Contreras Asesor SSR. UNFPA - MINS

TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
PRESENTACIÓN	5
I INTRODUCCIÓN	6
II CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	7
2.1 Un Nuevo Enfoque de la Salud Sexual y Reproductiva	7
2.2 Enfoque de Género y Derechos Sexuales y Reproductivos	8
2.2 Salud Sexual y Reproductiva y su Relación con la Pobreza	10
III SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN	12
3.1 Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes	12
3.2 Sexualidad	16
3.3 Anticoncepción Segura	16
3.4 Salud Materna, Perinatal y Neonatal	18
3.5 Violencia de Género	22
3.6 ITS, VIH y SIDA	24
3.7 Infertilidad y Esterilidad	27
3.8 Enfermedades Oncológicas del Aparato Reproductor	28
3.9 Salud Post Reproductiva	29
IV MARCO REGULATORIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	30
4.1 Marco Jurídico y Políticas Internacionales	30
4.2 Marco Jurídico y Políticas Nacionales	31
V PRINCIPIOS Y EJES TRANSVERSALES	35
5.1 Principios	35
5.2 Ejes Transversales	35
VI MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS y METAS	37
6.1 Visión	37
6.2 Misión	37
6.3 Objetivos	37
6.4 Metas	38
VII LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SSR EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MOSAFC)	40 40
VIII INSTANCIAS DE GESTION DE LA ENSSR	42
8.1 Comisión Técnica de SSR	42
8.2 Comisión nacional de SSR	43
IX ASEGURAMIENTO DE INSUMOS DE SSR (AISSR)	45

X	SOSTENIBILIDAD	45
XI	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SSR	46
XII	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS E INTERVENCIONES SEGÚN OBJETIVOS	51
	Objetivo 1: Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano	51
	Objetivo 2: Promover la sexualidad responsable y sana impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y cultura	54
	Objetivo 3: Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad	58
	Objetivo 4: Mejorar la salud materna y perinatal a través de la oferta de servicios obstétricos esenciales oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como al recién nacido que fomenten la maternidad y paternidad responsable	63
	Objetivo 5: Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el SIDA y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico.	70
	Objetivo 6: Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través de la promoción de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas	80
	Objetivo 7: Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo	87
	Objetivo 8: Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el número de hijos deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres	90
	Objetivo 9: Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva	91
ANEXOS		
	BIBLIOGRAFIA	93
	EQUIPO TECNICO. PRIMERA EDICION	95
	PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACION. PRIMERA EDICION	96

Presentación

La Política de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional tiene como eje central de su actuación la **Restauración del Derecho a la Salud** por lo que ha iniciado un proceso de transformación del Modelo de Atención heredado, de los gobiernos neoliberales, para reorientarlo hacia un **Modelo de Salud Familiar y Comunitario**, con lo que se busca no solamente equidad en el sector, garantía en el acceso a los servicios de salud y la reducción de las brechas de los grupos excluidos socialmente, sino que también lograr la integralidad requerida para la atención a los problemas de salud.

Dentro de este Modelo de Salud, la Salud Sexual y Reproductiva adquiere gran importancia y se conceptualiza como un proceso ininterrumpido ligado al desarrollo humano, desde el nacimiento hasta la vejez, tratando de asegurar a hombres y mujeres una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad placentera y responsable.

Bajo esta nueva visión, la salud sexual y reproductiva se convierte en un proceso social de construcción de valores y de comportamientos individuales, familiares y comunitarios; de creación de una nueva cultura en el cuidado a la salud y del desarrollo institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones. Con este nuevo enfoque se fortalece el concepto de que la salud sexual y reproductiva es responsabilidad multisectorial y el resultado de un trabajo interdisciplinario.

Otro elemento que se agrega dentro de la nueva visión, es el paso de la exclusividad de los procesos del hombre y de la mujer en la edad reproductiva, a otro más amplio – de ciclo de vida- que abarca el conocimiento del estado de salud desde el desarrollo del embarazo y la niñez pasando por la pubertad, la adolescencia, así como las consecuencias futuras en su edad adulta y en la vejez.

Para alcanzar este desafío hemos formulado la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, que promueve la atención integral de salud y sus interrelaciones desde la perspectiva de género, derechos y durante el ciclo de vida. La **Estrategia** constituye el **marco de referencia nacional** que define las prioridades y orienta los recursos nacionales y de la cooperación externa, para la implementación de intervenciones sectoriales que contribuyen a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

El presente documento, **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**, es uno de los retos, que las diferentes instituciones tienen, para alcanzar las metas del milenio y constituye en una evidencia inequívoca de la prioridad y urgencia de enfrentar los desafíos sin más dilaciones. Actuar hoy para asegurar un futuro mejor para todos.



Cro. Guillermo González González
Ministro de Salud

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formula la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** (ENSSR), instrumento normativo y orientador que permite reducir las brechas existente de atención en SSR, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente, y pone a la disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de la vida sexual y reproductiva de la población en todo su ciclo de vida.

La **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** es el resultado de un proceso de consulta, negociación y consenso entre los diferentes actores del sector salud y, surge en un contexto saturado de programas verticales e insuficiente liderazgo para la alineación y armonización de la cooperación externa en el Ministerio de Salud.

La ENSSR propone mecanismos innovadores para reorganizar los servicios de salud sexual y reproductiva en el Ministerio de Salud alrededor de un eje central, ser una guía organizativa para otros proveedores de servicios de SSR, sustentado en un plan nacional y apoyado por un nuevo mecanismo de alineación y armonización de la cooperación externa, *El Enfoque Sectorial en Salud*.

La formulación de la ENSSR surge, inicialmente, a partir de la idea de formular un “*Programa Nacional de Salud Reproductiva*”. El primer paso fue la construcción de un consenso institucional a través de catorce talleres como parte de una consulta interna, que realizó el Ministerio de Salud para lograr el acuerdo a lo interno de la institución sobre los componentes, estrategias y las principales actividades.

Esta actividad fue coordinada por la Comisión Técnica Nacional de Salud Reproductiva, integrada por funcionarios de diferentes Direcciones del Nivel Central. Participaron quinientos treinta y ocho (538) trabajadores de la salud de diversos perfiles ocupacionales y ubicados en los diferentes niveles administrativos: Nivel Central, SILAIS, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud. A partir de su experiencia de trabajo, en el campo de la salud sexual y reproductiva, sugieren entre los principales aportes de dicha consulta la incorporación del eje sexual y proponen que se titule: “*Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*” (PNSSR). Los resultados de esta consulta fueron la base de discusión para desarrollar posteriormente una consulta externa.

Una vez acordada la visión institucional, se llevo a cabo una consulta externa en los SILAIS de Estelí, Chinandega, RAAN, RAAS y en Managua. Los representantes de diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales analizaron diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva en nuestro país y brindaron aportes para mejorar la descripción del problema, brechas existentes y las estrategias de cada uno de los componentes propuestos en el PNSSR.

El proceso de construcción colectiva finalizó con el desarrollo de varios talleres que retroalimentaron a los participantes sobre la propuesta construida y a su vez afinar más el documento final. Como resultado de estos talleres, la propuesta retomó el nombre de **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)** en tanto es una propuesta sectorial.

El presente documento expone la ENSSR que promueve el acceso universal de la población a servicios de salud sexual y reproductivos de calidad, sin discriminación de raza, color, sexo así como garantizar el derecho a la educación, información y consejería respetando sus derechos a una sexualidad y salud reproductiva sana, responsable y placentera; regida con principios de confidencialidad, privacidad, ética, igualdad, equidad, entre otros.

II. CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1 UN NUEVO ENFOQUE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA¹

Las conferencias internacionales sobre derechos humanos han reconocido que todas las personas tienen el derecho a que se les garantice la posibilidad de disfrutar de una vida digna y poder desarrollarse plenamente como titulares de derechos en la sociedad. También se reconoce que los derechos humanos son iguales para todos los ciudadanos, sin importar el sexo, la raza o el grupo étnico, la afiliación política o la religión.

La Organización Mundial de la Salud afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El principio individual y social de la reproducción humana, la importancia de la sexualidad como manifestación de la afectividad entre las personas y la significativa carga de morbilidad y mortalidad que se asocia con las principales enfermedades que afectan al aparato reproductor de hombres y mujeres, hacen de la salud sexual y reproductiva un componente de especial significado en el contexto general de la salud de la población.

La conceptualización relacionada con la salud sexual y reproductiva ha ido evolucionando y transformándose a lo largo del tiempo, sobre todo debido al ritmo político, económico y sociocultural de las tres últimas décadas. Primero surgió el concepto de salud materno infantil, fuertemente relacionado con el conjunto de prestaciones de salud sobre el binomio madre-niño, con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad materna e infantil.

Posteriormente, la reflexión sobre el concepto de salud que se ha dado en los últimos años, a nivel internacional, permitió avanzar desde el tradicional enfoque materno- infantil hasta el concepto de Salud Sexual y Reproductiva aprobado en la 4ta Conferencia de Población y Desarrollo desarrollada en El Cairo en 1994, que rebasa la óptica del concepto de supervivencia poblacional y de los programas dirigidos a la atención al binomio madre-niño como único eje.

La Salud Sexual y Reproductiva: “Es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”

Recientemente, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomendó a la Asamblea General, en agosto del 2006, la incorporación de cuatro nuevas metas a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), entre la que se destacan lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el año 2015 y alcanzar en la medida de lo posible el acceso universal al tratamiento al VIH-SIDA de todo lo necesitado para el 2010.

Los Estados miembros de la ONU reconocieron la importancia de la salud sexual y reproductiva para contribuir a la erradicación de la pobreza.

El concepto de salud sexual y reproductiva implica el reconocimiento de un conjunto de derechos humanos básicos, que permiten a los hombres y las mujeres elegir libre y responsa-

¹ Benitez Quevedo, Gloria. Análisis del Marco Regulatorio de la Salud Reproductiva. Nicaragua. Abril - Septiembre 2003

blemente el número de hijos que desean, el espacio de tiempo entre uno y otro y el momento en que quieren que nazcan, así como obtener información y poder disponer de métodos seguros para regular la fecundidad.

La salud sexual y reproductiva trasciende la ausencia de enfermedades. Implica lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres, con las condiciones apropiadas para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

La salud sexual y reproductiva abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que implica la existencia de un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y permitan atender adecuadamente las necesidades de las personas durante todo el ciclo de vida, incluyendo también la atención de los embarazos y los partos y sus complicaciones.

La salud sexual y reproductiva no es una cuestión limitada a la llamada "etapa de procreación" o edad fértil de la mujer. Por el contrario, la salud sexual y reproductiva tiene que ver con la vida de mujeres y hombres, desde la más temprana edad hasta la ancianidad. Tanto mujeres como hombres necesitan atender su salud sexual y reproductiva tomando en cuenta la edad y situación en el ciclo de la vida.

“La salud sexual y reproductiva es un proceso ininterrumpido, ligado al desarrollo humano desde mucho antes del nacimiento hasta la edad adulta y la vejez, que trata de asegurar al hombre y la mujer una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad responsable”.

Este nuevo enfoque de la salud sexual y reproductiva y el ciclo de vida, produce una reorientación en las políticas y en los programas de salud, teniendo como aspectos novedosos varios elementos:

La salud sexual y reproductiva es vista como parte integrante del desarrollo humano vinculada con los derechos sexuales y reproductivos, el medio ambiente, la población y el desarrollo y contempla las actividades para promover y mantener una sexualidad sana, basada en conductas y estilos de vida saludables y procesos educativos que posibiliten un desarrollo biológico, psicológico y socio cultural adecuado, asegurando el ejercicio de los derechos reproductivos en pro de mejores niveles de salud y de vida.

También es una estrategia fundamental en la promoción de la responsabilidad social que favorezca la equidad y la igualdad entre los hombres y mujeres de zonas urbanas y rurales, respetando las diferencias étnicas, culturales y de desarrollo.

Especial atención se brinda a las diferentes etapas del ciclo de vida de las mujeres y sus necesidades específicas en relación con la demanda y previsión de servicios con calidad, para la atención de la salud materna, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, mejoramiento de la planificación familiar, nutrición y extensión de los servicios a grupos específicos de la población.

2.2 EL ENFOQUE DE GÉNERO Y DE DERECHO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El enfoque de género y de derecho en la salud sexual y reproductiva apunta a visualizar elementos que determinan las creencias, actitudes y prácticas que tienen mujeres y hombres hacia su cuerpo, el disfrute de su salud y las relaciones con otras personas y ayuda a revertir los efectos negativos de los roles y estereotipos asignados socialmente por razones de

género, integrando las diferentes perspectivas, necesidades y prioridades de hombres y mujeres, a los programas gubernamentales y en el sector salud.

Este enfoque afirma que para lograr que las mujeres y los hombres gocen del más alto estándar de salud sexual y reproductiva se requiere que el estado respete, proteja y garantice los derechos sexuales y reproductivos, por lo que sitúa a la salud y el bienestar de las personas como punto central en el diseño de políticas y programas.

Los *derechos sexuales y reproductivos* son parte integrante de los derechos humanos fundamentales y han sido reconocidos por el Estado de Nicaragua en leyes nacionales, políticas y planes públicos, decretos y normativas ministeriales. También en tratados y convenios internacionales de derechos humanos suscritos por el país.

Los derechos sexuales y reproductivos incluyen los derechos de las personas y de las parejas a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva: incluyendo el número de hijos e hijas, cuando y con que frecuencia tenerlos y el tener información, educación y medios para lograrlo; tomar decisiones sobre la reproducción y vida sexual libre de discriminación, coacción y violencia y exigir igualdad, consentimiento pleno, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

El derecho de la mujer a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y de riesgo de adquirir enfermedad o embarazo no deseado está limitado por la violencia de género, así como, por la falta de conocimientos y de autonomía para acceder a preservativos y para decidir libremente sobre el uso de métodos adecuados de planificación familiar.

El derecho a decidir libremente sobre la fecundidad esta limitado por las tasas de insatisfacción de la demanda de métodos de planificación familiar, sobre todo a nivel rural, las dificultades al acceso de anticonceptivos de las adolescentes y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Por otra parte, la infertilidad de la mujer no es abordada adecuadamente por los servicios públicos, los que además carecen de recursos para el diagnóstico y el tratamiento.

El derecho a una maternidad sin riesgos de enfermedad y muerte está limitado por la baja cobertura y calidad de la atención prenatal, las deficiencias en la atención del parto, las limitaciones para la participación de la pareja, y la falta de una atención adecuada a las pacientes con complicaciones derivadas del embarazo y del parto y las limitaciones en el seguimiento del post-parto.

Las instituciones de salud no ofertan servicios de atención al hombre en su ámbito sexual y reproductivo, ni tienen condiciones para promover su participación en el proceso de atención de su pareja. La participación del hombre en los eventos de atención de su pareja y su familia, con énfasis en la atención prenatal, post natal y la decisión compartida sobre el método de planificación a utilizar, requiere de acciones organizativas y de la revisión de normativas existentes en los servicios de salud y también el ejercicio profesional del personal de salud hacia el nuevo enfoque de atención basada en los derechos.

Las particularidades culturales de los grupos indígenas y étnicos en el territorio no se respetan en las normas y protocolos de atención de los servicios de salud, así mismo se carece de estudios epidemiológicos del comportamiento de los problemas de salud en estos grupos sociales.

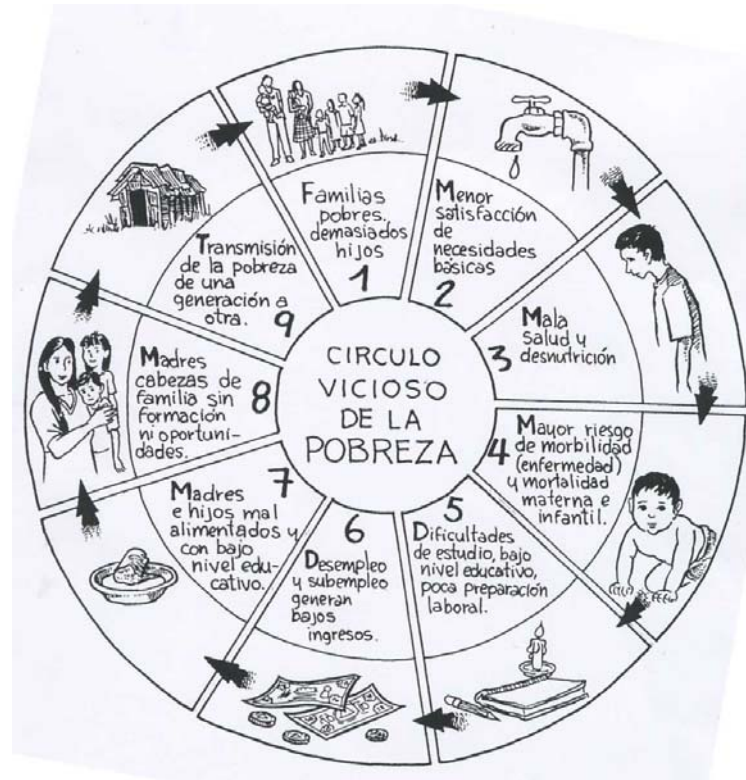
Las mujeres y los hombres con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad (lesbianas, mujeres y hombres bisexuales, homosexuales) en general consultan menos los servicios de salud por la incomodidad que representa revelar sus preferencias sexo-afectivas y la discriminación que puede ser objeto.

2.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU RELACIÓN CON LA POBREZA

El desarrollo socioeconómico es fundamental para la salud de una población, que influye directamente en la salud sexual, la salud reproductiva y la salud en general de las personas.

La situación de pobreza afecta a los países y a las personas de múltiples formas, entre ellas las oportunidades a la salud y la educación. Son las mujeres y los niños los grupos más vulnerables que sufren primero y con mayor grado los efectos desfavorables.

Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia produciendo un desarrollo del capital humano, de ella como mujer y de sus hijos, buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento y estatus de la mujer. Por lo tanto, una adecuada salud sexual y reproductiva contribuye al desarrollo socioeconómico.



Las familias en estado de pobreza desarrollan un círculo vicioso de transmisión de la pobreza de una generación a otra. Son las más numerosas. Comienzan a tener los hijos demasiado jóvenes, de forma seguida y continúan con la prole demasiado tarde.

La multiparidad disminuye la capacidad de satisfacción de las necesidades básicas y de hacer algún ahorro o inversión para mejorar la situación económica de la familia, que incrementa el riesgo de muerte prematura por deterioro de la salud y la desnutrición, así como bajo rendimiento académico y deserción en la edad escolar.

La baja educación y la falta de formación profesional provoca desempleo o subempleo, bajos ingresos, insatisfacción de sus derechos y una falta de acceso a servicios sociales para la familia.

Si analizamos la situación desde una perspectiva de género, el panorama se agrava porque aún en muchas familias las niñas y las mujeres son las últimas en recibir alimento y se ven más afectadas que los varones por la deserción escolar.

Tomando en consideración el rol protagónico de la mujer en la salud y la educación de sus hijos, el efecto negativo anterior se multiplica agravado en situaciones de desintegración familiar, donde muchas mujeres asumen estas responsabilidades en desventaja.

El resultado final de este proceso es que la pobreza se profundiza y se transmite de una generación a otra, precisamente en los grupos que tienen mayores necesidades insatisfechas y menos oportunidades para salir de ella.

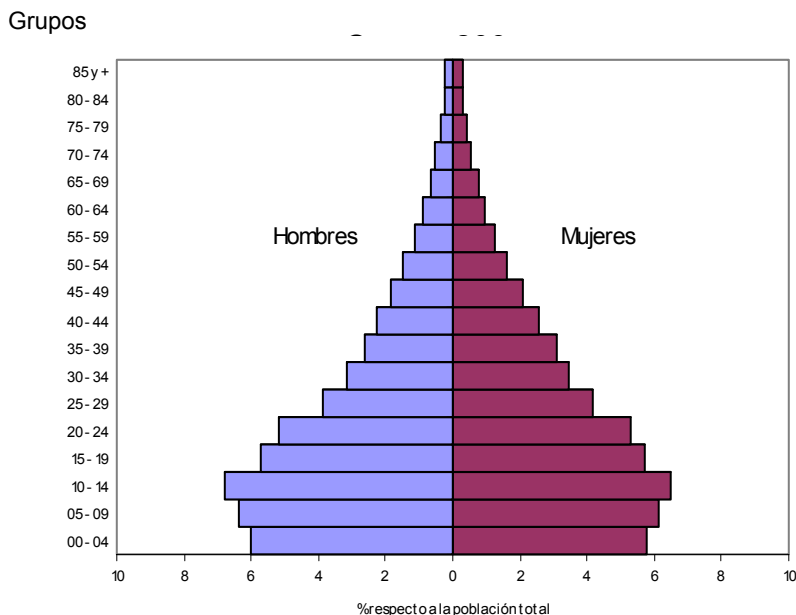
Lo contrario, el círculo virtuoso del desarrollo, inicia cuando la mujer posee autonomía y educación que potencian sus posibilidades para acceder a mayores oportunidades de empleo, mejor remunerados. Tiene control sobre el número de embarazos que desea tener con mejor posición para educar a sus hijos e hijas y apoyarles a que desarrollen todas sus potencialidades haciendo una sociedad más justa y de igualdad.

III. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

Nicaragua tiene una población de 5.142.098 millones de habitantes, según el Censo Nacional del año 2005, y superará los 6.5 millones en el año 2015. De estos, el 11.4% se encuentra en las edades de 15 a 19 años (586,162) y 13.2% en edad de 10 a 14 años (681,548)²

La población adolescente (15-19 años) en Nicaragua, presenta un crecimiento ascendente, pasando del 10.5% de la población total en 1950 a 11.4% de la población del 2005³.



Este crecimiento de la población adolescente, sumado a la urbanización de nuestras sociedades, provoca la aparición de nuevas problemáticas que requieren un análisis crítico, evitando reforzar las imágenes negativas o estereotipadas de la adolescencia. “Antes de estigmatizar al adolescente, una política responsable debería empezar por entender las causas y el contexto social en que ocurren”⁴

El informe de desarrollo humano 2007-2008, basado en los datos del 2005, indica que de cada 100 adolescentes (15 a 19 años), 51 viven en condición de pobreza y de estos, 18 viven en condición de pobreza extrema. De igual forma de cada 100 preadolescentes (12-14 años), 54 viven en condición de pobreza y de estos, 20 viven en condición de pobreza extrema.

Si tomamos como referencia que a medida que la edad aumenta la incidencia de la pobreza es menor, entonces los adolescentes, se encuentran en el tercer grupo poblacional con mayor incidencia de pobreza (ver gráfico).

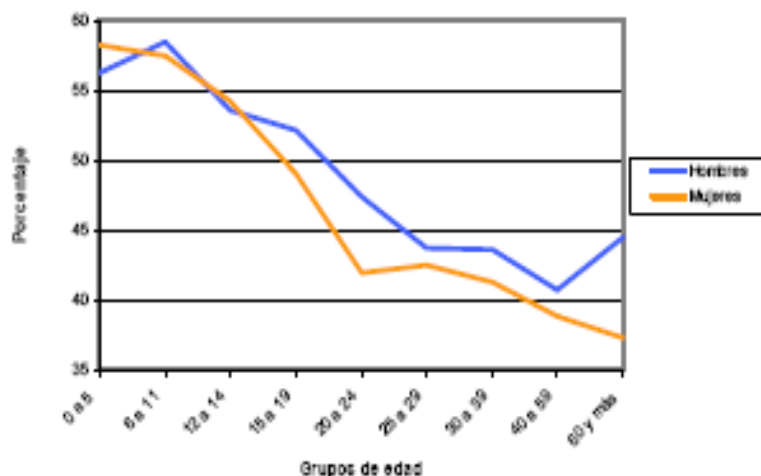
² VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005, INIDE, Pág. 15, Población: Características Educativas

³ Resumen Censal, VIII Censo de Población y IV de Vivienda, INIDE, 2005, Pág. 34

⁴ UNICEF 2001. Adolescencia en América Latina y el Caribe. Orientaciones para la formulación de políticas

Gráfico No 1

Incidencia de la pobreza según sexo, por grupos de edad.
Nicaragua, 2005.



La ENDESA 2006/2007 ha puesto en claro el descenso experimentado por la fecundidad, que se refleja en una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos en promedio por mujer, pero al visualizar el aporte que hace cada grupo de mujeres a la fecundidad total, el grupo de las adolescentes incrementó su aporte a la fecundidad global en casi dos puntos porcentuales. Cabe mencionar que en los últimos años la tasa específica de fecundidad en las adolescentes ha presentado disminución pasando de 139 nacimientos por cada mil mujeres en 1998 a 119 en el 2001 y 106 en el 2006.

De cada 100 adolescentes que ya son madres o están embarazadas, 65 no tienen educación y 34 son del quintil más pobre, esto refleja cómo el nivel educativo incide de manera directa en la tasa específica de fecundidad de las adolescentes.

Las mayores tasas de fecundidad caracterizan a los sectores más pobres, originando, entonces, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Estos segmentos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin opciones de progresión ocupacional.

Fecundidad adolescente y la relación con el nivel educativo.

Porcentaje de adolescentes (15-19) que son madres o están embarazadas por primera vez.

Nivel de Educación	Ya son madres	Están esperando su primer hijo	Ya tuvo embarazo pero no nacido vivo	Adolescentes alguna vez embarazada
Sin educación	59.0	52	0.6	64.8
Primaria 1-3	36.1	7.0	0.2	43.3
Primaria 4-6	24.7	7.0	1.0	32.7
Secundaria	12.1	4.5	0.7	17.3
Superior	6.0	4.0	0.0	9.9

Fuente ENDESA2006/07

Fecundidad adolescente y la relación con su procedencia.
Porcentaje de adolescentes (15-19) que son madres o están embarazadas por primera vez.

Área de procedencia	Ya son madres	Están esperando su primer hijo	Ya tuvo embarazo pero no nacido vivo	Adolescentes alguna vez embarazada
Urbana	15.4	4.7	0.6	20.8
Rural	25.0	6.4	0.9	32.3

Fuente ENDESA2006/07

La educación es factor influyente en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y las prácticas de la planificación familiar, sin embargo, el currículo y la metodología de enseñanza, no responden a una educación para la vida, especialmente en lo referido a la interculturalidad, la educación de la sexualidad, prevención del VIH-Sida, prevención de la violencia y preparación para emergencias.⁵

Una de las características propias de la adolescencia es la conducta exploratoria. En la búsqueda de novedades pueden exponerse a riesgos para la salud que podrían estar relacionados con diferentes problemas de salud que enfrentan las y los adolescentes. Las muertes violentas constituyen una de las principales causas de muerte, seguidos por los suicidios. Así mismo, la experimentación en el plano sexual lleva a embarazos tempranos, infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Aunque la *Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes*⁶ presenta descenso - pasó de 139 nacimientos/1000 mujeres en 1998 a 106/1000 en el período 2006/07 - todavía se encuentra en niveles elevados, así como, el aporte porcentual con relación a los embarazos totales.

Según datos del MINSA, en el año 2000 el grupo de adolescentes representaba el 31 % de los nacimientos totales registrados (39,707 de 126,873), para el 2007 representaba el 26.4 % (33,345 de 126,149), pero es llamativo el dato que refleja un incremento de los nacimientos en adolescentes entre los 10 y 14 años pasando del 2.7 % en el año 2000 (1066 de 39,707) a 4.5 % en el 2007 (1,399 de 33,345).⁷

El inicio temprano de la actividad sexual, la falta de información y la inaccesibilidad a medios anticonceptivos, expone a las adolescentes a un embarazo precoz. En el caso de las que se encuentran dentro del sistema educativo formal la información que se recibe es insuficiente, sobre todo en calidad. En el caso de las adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo la situación es más crítica ya que los programas existentes no cuentan con la cobertura suficiente, ni se atiende de forma sistemática las necesidades de información de esta población.

En Nicaragua la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud pública el cual representa un gran reto dentro del sector salud, para el 2005 y 2006 las tasas de Mortalidad Materna fue 86.5 y 89.6 x 100,000 nvr respectivamente. De esto la Mortalidad Materna en Adolescente representó para el 2004 el 30.2 %, en el 2005 el 17.6% y para el 2006 el 16.8%.

⁵ MECD. Plan Común de Trabajo, septiembre de 2004.

⁶ INEC. Encuesta de Demografía y Salud 1998, 2001 y 2006/2007

⁷ Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas y Registros Médicos.

El Ministerio de Salud ha registrado un descenso en la mortalidad materna en mujeres adolescentes, según registros de epidemiología del Ministerio de Salud, en el año 2004, 2005 y 2006 se registraron tasas de 74.4; 54.1 y 55.4 x 100,000 nvr, respectivamente.

A pesar de que esto representa una reducción significativa (25%) desde el año 2004 al 2006, algunos SILAIS siguen registrando tasas aún mayores que la tasa nacional de país por ejemplo para el 2006 la tasa fue 89.6 por 100,000 nvr y en algunos SILAIS como la RAAS la tasa fue de 265.3 x 100,000 nvr, Chontales con 170.3 x 100,000 nvr, RAAN 137.4 x 100,00 nvr y Madriz con 131.4 x por 100,000 nvr. Siendo estos departamentos los que reportan las tasas más altas de mortalidad materna en Adolescentes.

Esto es un reflejo de la relación que existe entre años de educación, pobreza y la condición de salud de las mujeres en lo que respecta a la tasa específica de fecundidad y a los aspectos adversos del embarazo temprano, ya que en los departamentos en donde se registran las más altas tasas de mortalidad materna en adolescentes son, en donde se encuentran municipios rurales con mayores niveles de pobreza y con altas tasa de analfabetismo, tasa bajas de escolarización y un gran número de adolescentes están fuera del sistema escolar.

Con relación a la causalidad, para el año 2006 el 90 % de muertes materna en adolescentes fueron por causas obstétricas directas siendo el Síndrome Hipertensivo Gestacional y las Hemorragias las principales causas, el otro 10 % fueron por causas no obstétricas siendo las intoxicaciones la principal causa.

Es importante mencionar que en el 2007 se observó cambios en la causalidad de la muerte materna en adolescentes pasando las muertes obstétricas directas a representar un 71.4 % y la no obstétrica 28.6%, esta última presentó un aumento en los suicidios en adolescentes. La tendencia de las lesiones como componente de mortalidad se mantiene en 13% desde 1996 al 2004, sin embargo se reporta un incremento sostenido de lesiones violentas, violaciones y suicidios

Esto evidencia que en el país existen nexos directos de la mortalidad materna en adolescentes con condicionantes de género, que asignan a la mujer un rol reproductivo ajeno a su control y decisión, con la baja autoestima femenina y con la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo.

Un problema asociado y poco estudiado es el del suicidio en las adolescentes embarazadas. Este problema es relevante en la medida que el suicidio es una de las causas principales de muertes en esta edades.

En el caso de los abusos sexuales - de niñas, niños y adolescentes- pueden pasar desapercibidos por que estos no son capaces de identificarlos o sienten vergüenza o miedo de denunciar a los agresores, en una gran proporción miembros de sus propias familias o maestros. En la actualidad, salvo algunos casos aislados, no se promueve la transmisión de información para la identificación y abordaje, por parte de los niño/as y adolescentes, de los abusos sexuales y violencia y las formas de buscar apoyo.

En el Ministerio de Educación han implementado intervenciones dirigidas a la detección y atención de niños, niñas y adolescentes que viven violencia de género, particularmente el abuso sexual, la violencia física y la trata de personas. Esta experiencia se está desarrollando en 700 escuelas en donde han formado 1,300 maestros consejeros para la identificación de este tipo de casos, brindar consejería y garantizar atención oportuna a través de una red interinstitucional que incluye al Ministerio de la Familia, Comisaría de la Mujer, ONG'S, entre otros.

3.2 SEXUALIDAD.

La Salud Sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género.

La ausencia de un **programa de educación sexual en el sector educativo formal y sector salud** que tome en cuenta la diversidad cultural y establezca normas definidas para la atención de la salud sexual en los servicios de salud, contribuye para que en los trabajadores de la salud y los educadores prevalezca la influencia de valores y actitudes sesgadas por conceptos derivados de juicios morales y religiosos, los mitos y los tabúes que se traduce en un abordaje inadecuado en los servicios de salud y educativos.

Los servicios de salud tradicionalmente han estado orientados hacia las actividades reproductivas, con un enfoque esencialmente materno infantil, en el que el interés primordial es el del niño. En este enfoque, se confunde las nociones de sexo (biológico), género (social) y sexualidad (comportamiento)⁸.

Al reducir la salud sexual de las personas a lo reproductivo, los servicios de salud no reconocen más actividad sexual que la ligada a la reproducción, obviando que, a diferencia de la actividad reproductiva, la sexualidad comienza con el nacimiento y muere con el individuo. Esto ha fomentado mitos y tabúes que asumen que la sexualidad se expresa únicamente a través de la relación sexual y la ejerce solo el adulto joven.

La falta de un abordaje que incorpore la sexualidad afecta la comprensión de los trabajadores de salud de las implicaciones que tiene para la salud sexual: la multiculturalidad de nuestro país, las necesidades de la población de acuerdo a su edad (principalmente adolescentes y tercera edad), las necesidades particulares de las personas con capacidades especiales, bisexualidad masculina y la atención a usuaria/os homosexuales.

Disfrutar la sexualidad es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad, a la justicia social, a la salud, a la educación, al trabajo.

La educación sexual que se brinda en las escuelas públicas es deficiente y centrada en la actividad biológica reproductiva de los órganos sexuales. No reconoce la influencia cultural e histórica en la diferenciación social de hombres y mujeres y la construcción del género.

3.3 ANTICONCEPCIÓN SEGURA

La Tasa Global de Fecundidad (TGF), promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, pasó de 3.9 en 1998 a 3.3. en 2001 y 2.7 en el 2006/07; encontrándose una clara diferencia en la TGF entre el sector urbano (2.2) y el sector rural (3.5). La RAAN y Jinotega son los departamentos con más altas TGF con un 4.5 y 4.2 respectivamente; mientras que en los departamentos del pacífico se encontraron tasas que van entre el 2.6 (Rivas y Masaya) a 2.1 (Carazo).⁹ Por otra parte, la tasa de crecimiento para el periodo intercensal 1995 – 2005 se estima que es de 1.7, siendo menor que durante el periodo 1971 – 1995 que fue de 3.5 por cien¹⁰. Estos cambios están asociados, entre otros factores, al acceso por las mujeres a métodos anticonceptivos modernos.

⁸ Sofía Montenegro. "La cultura sexual en Nicaragua". Centro de Investigaciones de la Comunicación, CINCO. Julio del 2000. Managua.

⁹ INEC. Encuesta de Demografía y Salud 1998 y 2006/2007

¹⁰ INEC. Informe VIII censo de población y IV de vivienda. Censo Nacional 2005.

Los métodos modernos más conocidos por las mujeres son la píldora, la inyección y el condón, seguidos de cerca por el DIU y la esterilización femenina. Los métodos modernos de los cuales las mujeres en unión tienen menor conocimiento son la amenorrea por lactancia y la esterilización masculina. Solo el 21 por ciento conoce la anticoncepción de emergencia y no es ofrecido por los servicios de salud siquiera a las mujeres abusadas sexualmente.

Los resultados de la ENDESA 2006/07 muestran que un 99 % de las mujeres entre los 15 a 49 años han oído hablar de al menos un método anticonceptivo, situación similar a la encontrada en la ENDESA 2001 (98%).

El uso de métodos anticonceptivos aumentó del 69 % al 72 % a nivel nacional, durante el período 2001 y 2006/2007, pero según procedencia, el uso de anticonceptivos es del 75 % el área urbana y del 69 % a nivel rural.

Los departamentos que presentan mayor uso de anticonceptivos son: Río San Juan (79%), Chontales (77 %) y Managua (76 %) y los que tienen uso más bajos son: Jinotega (64 %) y RAAN (57 %).(ENDESA 2006/07).

Según registros del Ministerio de Salud, para el año 2005 se reportaron 182,210 captaciones de mujeres en edad fértil (MEF) para planificación familiar y se brindaron un total de 932,184 atenciones subsecuentes, estas cifras se incrementaron a 190,532 captaciones en el 2007 con 1,046,307 atenciones de manera subsecuente. En general el total de atenciones de planificación familiar se incrementó de 1,109,394 en el 2005 a 1,236,839 en el 2007.

La accesibilidad de métodos anticonceptivos es menor en las zonas rurales y de difícil acceso. Se estima en un 15 por ciento las mujeres unidas (19% rural y 12% urbano) con necesidad no satisfecha de planificación familiar, tanto para limitar como para espaciar los nacimientos. La necesidad insatisfecha de anticoncepción decrece al pasar del 20 por ciento en las adolescentes hasta 11 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años. En las primeras, el predominio es por espaciar, mientras que a partir de los 40 años es por limitar los nacimientos.

Las mujeres con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se concentran en los SILAIS con más problemas de acceso (Jinotega, RAAS, RAAN, Matagalpa).

El Ministerio de Salud está fortaleciendo algunas intervenciones para incrementar el acceso a métodos anticonceptivos como es la Estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) y a nivel comunitario la Estrategia Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).

Es importante mencionar la estrategia que se viene desarrollando desde el año 2003 a través del Comité DAIA (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos) que es coordinado por el Ministerio de Salud e integrado por diversas agencias, ONGs, INSS y laboratorios que distribuyen métodos anticonceptivos, todo con el objetivo de asegurar la disponibilidad sostenible y equitativa de métodos anticonceptivos, de forma gratuita en las instituciones del estado y a bajo costo en otras instituciones proveedoras de servicios de planificación familiar.

No existen datos sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de los hombres, la ENDESA 2001 reportó que el porcentaje de hombres vasectomizados era del 0.3% del universo estudiado. No se promueve la anticoncepción entre los hombres, no se enfrentan los mitos y temores a la pérdida de la virilidad con la utilización de la vasectomía, esto podría explicar el bajo índice de vasectomías en relación con la esterilización femenina que fue del 18.1%. En general la sexualidad masculina y su aporte en el proceso reproductivo han sido poco abordados en los planes y programas de salud del MINSA

La promoción de métodos anticonceptivos en general es insuficiente. Asimismo, las actividades de planificación familiar no toman en cuenta las particularidades culturales y

religiosas de las comunidades, lo que limita su capacidad de incidir en el uso de métodos modernos por esa población.

Actualmente el MINSA está en proceso de revisión y adaptación del instrumento “Herramienta para la toma de decisiones” propuesto por la OMS, dicho instrumento está dirigido a fortalecer la consejería a todas/os las/os usuarios de los servicios de planificación familiar, que además de brindar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos promueve el uso del preservativo como protección doble para la prevención del embarazo y prevención de las ITS/VIH/Sida. En este instrumento se promueve la consejería dirigida a la pareja, no solamente a la mujer.

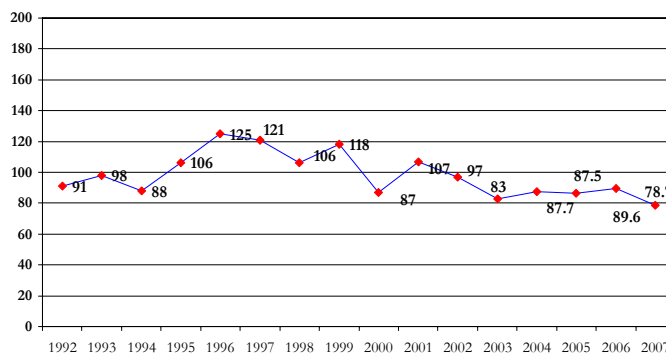
Los servicios de consejería orientados a los adolescentes están limitados a los clubes y son aun insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados. No existe una atención diferenciada en los servicios de salud orientados a las y los adolescentes que requieren de acceso a orientación profesional sobre su salud sexual y reproductiva.

3.4 SALUD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL

En Nicaragua, la razón de **mortalidad materna**¹¹ (comúnmente llamada tasa) ha disminuido en los últimos años, sin embargo, continúa siendo alta en relación a otros países y con tendencias oscilantes. A partir del año 2001 se puede observar una tendencia a la disminución, pero es en el año 2007 que se tiene la menor tasa de mortalidad registrada según datos preliminares del MINSA (78.7/100,000 nvr).

Al revisar el mismo indicador por departamentos, se evidencia que aquellos departamentos con mayores niveles de pobreza presentan las tasas mas elevadas de mortalidad materna, situación que no ha cambiado durante el periodo. En el año 2007 los departamentos con mayores TMM fueron: RAAS (292.6/100,000 nvr); RAAN (227.5/100,000 nvr), Carazo (107.6/100,000 nvr) y Jinotega (107.5/100,000 nvr).

**TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA
Años 1992 - 2007**



Nota: El 2007 es con 124,498 nvr, actualizados al 26/05/2008, aún es dato preliminar.

Fuente: Departamento de estadísticas, MINSA Central

4

¹¹ MINSA. Dirección de Estadísticas y Registros Médicos

El análisis de la mortalidad según causas refleja que, para el año 2005, el 75 % de las muertes maternas fueron por causas Obstétricas Directas (89 de 119), el 13 % fueron por causas Obstétricas Indirectas (16 de 119) y un 12 % por causas No Obstétricas. En cambio para el año 2007, las muertes maternas por causa Obstétricas Directas disminuyen a un 59 % (68 de 115), pero se incrementan las muertes maternas por causas Obstétricas Indirectas y las No Obstétricas, representando para las primeras el 26 % (30 de 115) y 15 % (17 de 115) para las segundas.

La hemorragia es la primera causa de muertes maternas. En el año 2005 significó el 52 % de las muertes maternas por causas Obstétricas Directas y se incrementa al 56 % en el año 2007. Se asocia en primer lugar a retención placentaria y en segundo lugar a hipotonía uterina. Más del 70 % de las muertes maternas por esta causa fueron partos atendidos a nivel domiciliario.

El Síndrome Hipertensivo Gestacional es la segunda causa de muerte materna, por causas Obstétricas Directas, en año 2005 representó el 26 % (23 de 89) y en el año 2007 el 29 % (20 de 68).

La sepsis se mantiene como tercer causas de muerte materna pero con disminución de su peso porcentual durante el período 2005 y 2007. En el año 2005 representó el 19 % (17 de 89) de las muertes maternas por causas OD, mientras que en el año 2007 disminuyó hasta el 4.4 % (3 de 68).

La tasa de mortalidad materna puede ser aún mayor por el hecho de que ésta no es reportada adecuadamente cuando ocurre en el domicilio (subregistro). Por otra parte, las muertes por un aborto inseguro tienden a ser ocultadas por las familias y tampoco se incluyen como muerte materna aquellas asociadas con violencia intrafamiliar y que están relacionadas con el embarazo de la víctima.

La mortalidad materna es un indicador que expresa la inequidad social y de género. En nuestro país se identifican como factores asociados a la mortalidad materna, la anemia y desnutrición de las mujeres, el analfabetismo/pobre educación formal, multiparidad, pobreza, poco acceso a los servicios de salud, no utilización de métodos anticonceptivos, pocos o ningún control prenatal, parto domiciliario atendido por partera empíricas y familiares, existencia de tabúes, retrasos en la búsqueda de ayuda, falta de transporte e insuficiente organización comunitaria para el traslado de mujeres que experimentan complicaciones obstétricas, inadecuada resolución en unidades de salud, violencia de género, aborto inseguro y suicidio.

La magnitud del aborto inseguro no es conocida en nuestro país. Sin embargo, algunos estudios¹² señalan que las mujeres que recurren a este procedimiento en su mayoría provienen de familias en pobreza extrema, son amas de casa, analfabetas, con más de dos hijos, la mitad de ellas desconocían la legislación y no utilizaban anticonceptivos.

A nivel rural y en las comunidades de las regiones autónomas el factor cultural adquiere especial relevancia, ya que las embarazadas no asisten a los controles prenatales y en otros casos no aceptan la atención del parto institucional por oposición de sus parejas a que sean examinadas por hombres. Esto muestra las limitaciones que tiene la mujer sobre las decisiones que determinan su salud. A lo anterior, es necesario agregar el escaso conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo y el parto que tiene la usuaria, su pareja y la familia, siendo los dos últimos los que generalmente toman las decisiones que afectan a la mujer.

¹² Pizarro, Ana María. "Elementos para el debate sobre el Aborto Terapéutico en el Movimiento Autónomo de Mujeres". Nicaragua, Junio 2004.

Las emergencias obstétricas constituyen las principales causas relacionadas con la morbi – mortalidad materna y perinatal. Para hacer frente a esta situación, el Ministerio de Salud, viene fortaleciendo poco a poco la estrategia de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE) completo y básico a nivel nacional, que requiere de insumos médicos y no médicos, equipamiento, así como, del completamiento gradual de la plantilla básica de recursos humanos para cubrir la ruta crítica de atención a las embarazadas.

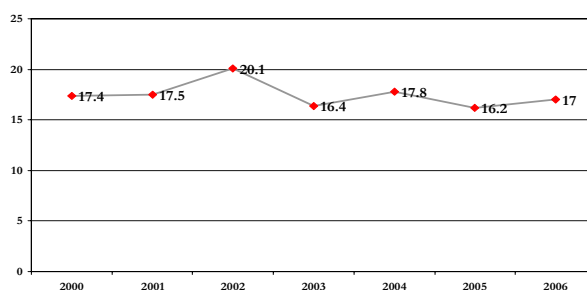
La iniciativa de Casas Maternas ha contribuido a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Se cuenta con un total de 67 casas maternas distribuidas en 13 SILAIS (RAAN, RAAS, RSJ, Jinotega, Matagalpa, Chontales, Boaco, Chinandega, León, Nueva Segovia, Madriz, Estela, Rivas); sin embargo se requieren de más casas para dar la cobertura adecuada a nivel nacional.

En el año 2000, se hospedaron un total de 2246 embarazadas en la red de casas maternas existentes en ese período y para el 2007 con las 67 casas maternas se hospedaron un total de 11,670 embarazadas.

Con relación a la participación de los hombres en el cuidado de su salud (autocuidado) y cuidado de la salud de su familia y comunidad, el Ministerio de Salud esta trabajando en la implementación de diferentes intervenciones que vinculan a los hombres en el proceso de atención, por ej. “Plan de Parto” que fomenta la organización de los hombres para la identificación de factores de riesgo y el traslado oportuno de mujeres embarazadas hacia las unidades de salud, “Adecuación Cultural y Humanización para la Atención Institucional del Parto” que promueve el acompañamiento de los hombres durante el parto de su pareja.

La **mortalidad perinatal** no presenta variaciones desde el año 2003 manteniendo una tasa de 17 x mil nacidos vivos a expensas de la mortalidad neonatal temprana y aproximadamente el 55 % de la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal se concentra en los departamentos de Nueva Segovia (36), RAAN (34), Rivas (33) y Río San Juan (31). La mortalidad perinatal, durante el año 2005, significó el 54 % de la mortalidad infantil.

TENDENCIA DE TASA DE MORTALIDAD PERINATAL
NICARAGUA 2000 – 2006



Fuente: Sistema de información del MINSIA
Tasa x 1,000 n.r.
Año 2006 preliminar

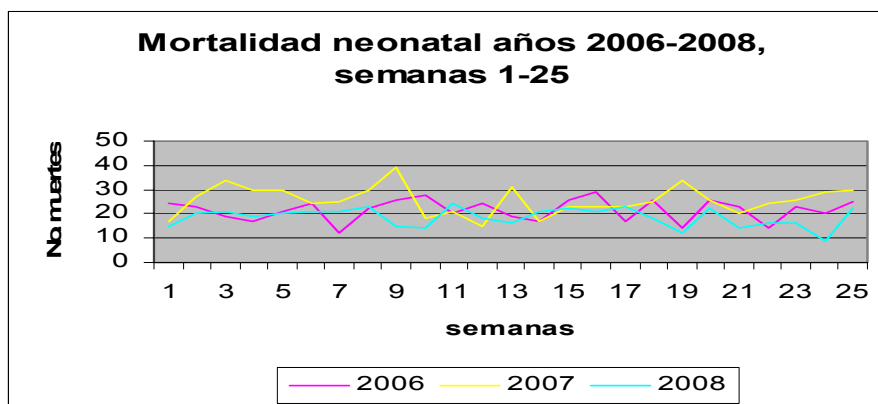
Durante el parto, los factores de riesgo que se asocian con la mortalidad perinatal son las presentaciones distócicas con 7 veces mas riesgo y las distocias funiculares 2.4 veces más riesgo.

En el recién nacido, los factores que más se asocian a mortalidad perinatal son la sepsis neonatal (9.95 veces), el peso menor de 2,500 gramos (3.99); así como también el Apgar de 4-6 y la prematuridad.

Según los datos del sistema de Vigilancia de la Salud de Nicaragua cada año en Nicaragua, fallecen alrededor de 2000 productos prematuros, neonatales y óbitos fetales, en su mayoría atendidos en nuestros servicios de salud. Entre las principales características de este fenómeno se puede mencionar las siguientes:

- Son hijos de madres principalmente menores de 34 años y de primigestas menores de 18 años (Una madre menor de 18 años de edad y primigesta tiene un riesgo de más de 5 veces para producir una muerte neonatal)
- Son hijos de madres nulípara menores de 18 años (Una madre menor de 18 años y con intervalos gestacionales menores de 18 meses o nulípara tiene casi 2 veces más de riesgo para que fallezca su hijo)
- El riesgo de muerte neonatal es mayor (casi 5 veces más) cuando comparamos a las madres menores de 18 años y nulípara frente a las de 20 a 34 años y con intervalos gestacionales mayores de 18 meses.

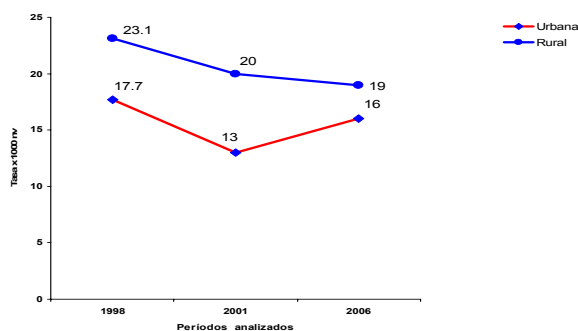
El comportamiento de los óbitos fetales durante el período 2006 al 2008, primeros Semestres, demuestra que este problema no se ha modificado sustancialmente, sin dejar de mencionar que en el presente año hay menos casos de fallecidos. De igual forma en el caso de las muertes neonatales en los mismos años sigue el patrón indicado como se aprecia en la siguiente gráfica de tendencia



Las principales causas de mortalidad neonatal son las Sepsis y Síndromes de Distress Respiratorio vinculados, en especial el segundo, a la prematuridad de los productos. Entre tres causas, Sepsis, SDR y Asfixia, que pueden corregirse rápidamente, se produce el 75% de los fallecidos.

El comportamiento de la mortalidad neonatal según área de residencia nos permite apreciar que la mortalidad neonatal rural es la que más rápido se ha modificado, por el incremento de los partos institucionales.

Tasa de Mortalidad Neonatal por área de residencia
Nicaragua, 1998, 2001, 2006/2007



Fuente: ENDESAs 1998, 2001, 2006/2007 (Preliminar)

La cobertura de **Atención Prenatal**, según datos del MINSA, para el año 2005 fue del 71.5 % y se incrementa al 89.4 % en el 2007. Según datos de ENDESA 2006/07, el 90 % de la APN fueron brindados por personal calificado (médico general, gineco obstetra, enfermera o auxiliar de enfermería). En el área urbana esta cobertura llega al 95 % pero en el área rural al 86%.

Registros del MINSA muestran que en el año 2005 el 34.7% de las embarazadas fueron captadas durante el primer trimestre del embarazo y que este porcentaje se incrementa al 46.2 % en el 2007. Así mismo, las cifras reflejan que durante el año 2005 se le brindó cuatro ó más APN al 55.9 % de las embarazadas, mientras que en el año 2007 fue al 59.9 %.

El **parto institucional**, según datos del MINSA, incrementó en el año 2007. Para el año 2005 la cobertura fue del 54.4% mientras que en el año 2007 se incrementa al 75.7%.

3.5 VIOLENCIA DE GÉNERO

La **Violencia de Género** es una violación a los derechos humanos y se refiere sobre todo a la violencia contra la mujer, es decir, a cualquier acto ó conducta basado en el género que resulta, o tiene la posibilidad de resultar en daño físico, sexual o psicológico en las mujeres.

Al hablar de violencia de género, se incluyen expresiones de violencia que suceden fuera del hogar y en diferentes relaciones entre las personas que viven en situación de violencia y aquellos que la ejercen. Dentro de los tipos de violencia se encuentran la violencia doméstica, que incluye todas las formas de violencia que ocurren en el hogar, incluyendo la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, y hacia las personas de la tercera edad.

La violencia sexual se refiere a todo acto en el que una persona tiene relación de poder sobre otra y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar un acto sexual contra su voluntad o que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor obtiene su gratificación.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2006/07 revela que el 48 % de las mujeres, alguna vez casadas o unidas, habían recibido maltratos verbales o psicológicos, el 27 % violencia física y el 13 % violencia sexual por parte de alguna pareja o ex pareja. En total, casi una de cada 3 mujeres indica que han experimentado violencia física o sexual en su vida.

La información estadística procedente de las Comisarías de la Mujer y la Niñez de la Policía Nacional y por el Sistema de Vigilancia de Lesiones del MINSA, implantado en 5 hospitales públicos por el Ministerio de Salud desde el 2001, no obstante sus claras limitaciones, ha contribuido a determinar con mayor claridad la magnitud del problema.

El Sistema de Vigilancia de Lesiones reportó en 2005 que el 14% de los ingresos a las emergencias eran por lesiones intencionales y 2% por lesiones auto inflingidas.

Durante el año 2004 las Comisarías de la Mujer y la Niñez atendieron un total de 15,015 delitos de violencia intrafamiliar y sexual, que representaron un incremento del 21% con respecto al año anterior y una tasa de incidencia de 288.8 por cien mil habitantes. Estos delitos ocurrieron principalmente en el hogar (73.1%) y la vía pública (21.2%) y sus autores más frecuentes fueron el cónyuge, ex-cónyuge o novio de la víctima (59%)¹³.

Las estadísticas policiales¹⁴ reportan para el año 2005 los siguientes casos: 1,321 violaciones, 311 tentativas de violación, 122 violaciones frustradas, 678 estupro, 360 acoso sexual, 26 incestos, 461 raptos, 519 abusos deshonestos, y 57 maltratos a menores. En general, de 103,274 víctimas de delitos el 50% fueron mujeres y el 45% de las mujeres víctimas de violaciones eran menores de 14 años.

La violencia de género se considera una de las causas de muerte materna, perinatal e infantil, que generalmente no es reconocida en las unidades de salud debido a la falta de criterios y normas que permitan su adecuada identificación, registro y abordaje y aunque constituye un delito punible, en general no es denunciado a las autoridades competentes por parte de los servicios de salud.

A las secuelas psico-emocionales de la violencia de género se deben agregar las que son producto de una atención inadecuada y limitada exclusivamente a las lesiones físicas de las víctimas en los servicios de salud, obviando la necesidad de atención psicológica.

Falta un abordaje integral a casos de VIF atendidos en las unidades de salud determinado por el insuficiente personal para integrar equipos multidisciplinarios, así como condiciones de infraestructura que no permiten la atención individual en crisis y la terapia grupal. Menos aún existe la capacidad para la atención del victimario y el temor del personal a ser agredido por el victimario cuando se atienden estos casos. A pesar de las experiencias exitosas, todavía se necesita mayor coordinación entre el MINSA y las diferentes instituciones en el abordaje integral de la violencia intrafamiliar, lo que promovería el liderazgo del MINSA en este tema.

Se atribuyen también las deficiencias en la búsqueda activa y el seguimiento de los casos a la falta de sensibilización del personal de salud, o a la interpretación de que es un problema privado por lo cual no lo registra o no le da seguimiento, situación que se agudiza por el desconocimiento de normas, protocolos de atención y marco legal.

Por otra parte, en las unidades de salud no se promueve el auto cuidado del personal, considerando que éstos igualmente sufren violencia en el seno familiar, que influye de forma directa en la calidad de la atención de los casos.

¹³ OPS/OMS. "Marco regulatorio e institucional para la prevención y atención de la violencia doméstica y sexual y el VIH/SIDA en Nicaragua". 2006

¹⁴ Policía Nacional. "Anuario Estadístico 2005". Managua

3.6 ITS / VIH / Sida¹⁵

La importancia de las **ITS para la Salud Pública** está siendo percibida con mayor claridad, especialmente por la carga de morbilidad y mortalidad que representan, incluyendo complicaciones frecuentes y secuelas como infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical, pérdidas fetales, sífilis congénita, bajo peso al nacer, prematuridad y oftalmía neonatal.

Por otro lado, la relación entre las ITS y la infección por el VIH está suficientemente documentada. La mayoría de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas o condicionan comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión de las ITS más comunes, son los mismos que se relacionan con la transmisión sexual del VIH, mientras que la presencia de cualquiera de dichas ITS incrementa significativamente el riesgo de infección por el VIH.

Según la ENDESA 2001, la mitad de las mujeres declararon no reconocer las ITS. Sólo tres de cada diez pudieron mencionar algún síntoma en hombres ó en mujeres. Es decir que siete de cada diez mujeres entre 15 y 49 años no reconocieron los síntomas de ITS en sus parejas y en ellas mismas.

De acuerdo a los datos disponibles, Nicaragua es el país de Latinoamérica con mayor prevalencia de virus del Papiloma Humano, que condiciona la mayor aparición del cáncer cérvico - uterino y la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida. Los SILAIS que más reportan casos de ITS son aquellos que están más afectados por el VIH. Las ITS de mayor notificación (año 2005) son: Gonorrea 1,606 casos; Condilomatosis 949 casos; Sífilis Adquirida 757 casos; y Chancro Blando 178 casos. Al igual que con el VIH las personas más afectadas tienen edades comprendidas entre 19 y 39 años.

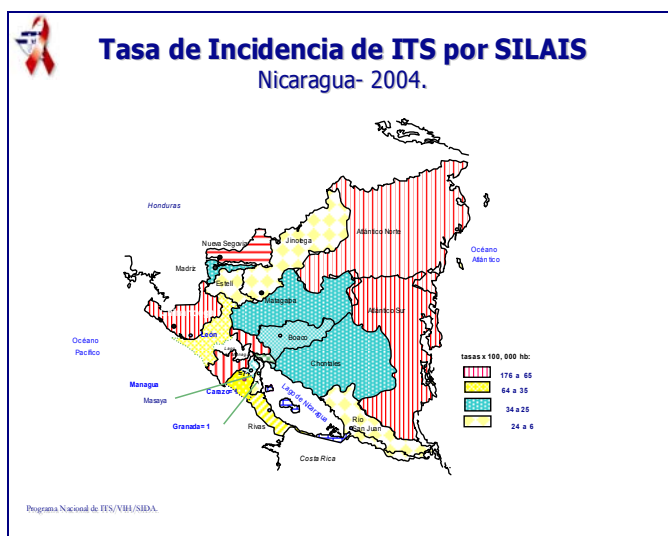
El mayor número de casos de ITS se reportan en mujeres, los hombres generalmente no acuden a las unidades de salud resolviendo su problema en otras instancias como farmacias y médicos privados. Estos casos no son controlados ni registrados por la institución.

La existencia de marcados subregistros en la información reportada sobre el comportamiento de las ITS en Nicaragua, no permite realizar valoraciones bien fundamentadas sobre la magnitud y distribución del problema. Por otra parte, la aplicación del manejo sindrómico de las ITS en las unidades de salud no se ha implementado en un 100% y ocasiona una contradicción con el llenado de las boletas de notificación obligatoria, ocasionando un reporte inadecuado de las ITS.

Entre el año 2000 y el 2004 se mantuvieron similares las fluctuaciones en la tasa de incidencia de las ITS al período 1987-1999, con valores cercanos o superiores a 100 x 100.000 hab., por lo que puede suponerse que los valores reales son muy elevados. La gonorrea, el condiloma y la sífilis adquirida presentan las tasas más elevadas en el conjunto de las ITS que se reportan. Los territorios con mayor número de casos identificados son la RAAS y la RAAN, seguidos de Masaya, Chinandega, León y Managua.

Los mayores niveles de la incidencia reportada corresponden a las edades entre 15 y 24 años, con un incremento de la afectación en mujeres; este patrón coincide plenamente con la afectación del VIH en mujeres cada vez más jóvenes.

¹⁵ MINSAL. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA. Nicaragua 2006 -2010. Managua. Nicaragua. Junio 2006. Documento borrador.



La mayoría de los SILAIS mencionan la aplicación del manejo sindrómico para el abordaje de las ITS. De acuerdo a este abordaje, las patologías que más se diagnostican son la Vaginitis, la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda, Candidiasis y el Condiloma. Otras ITS reportadas como más frecuente son la sífilis y la gonorrea, esta última con tendencia ascendente.

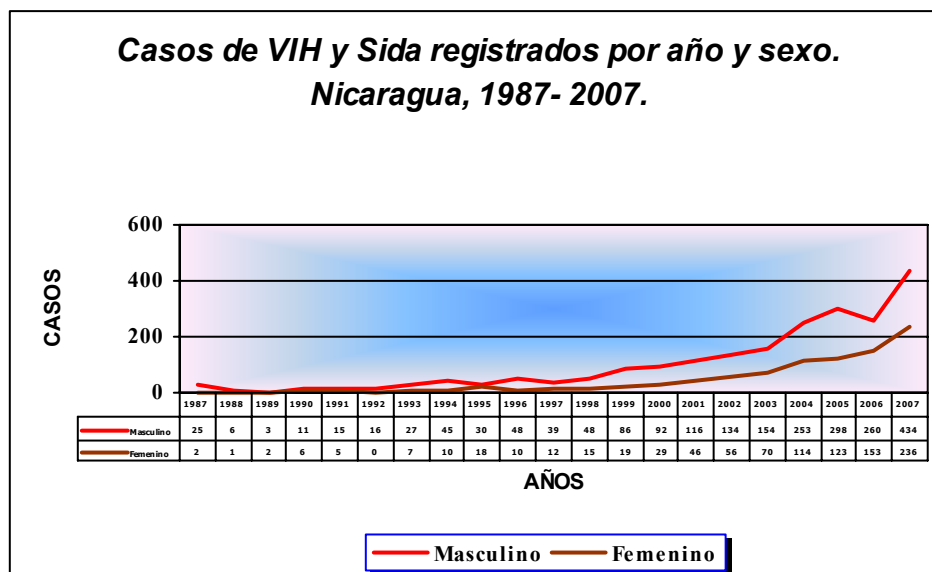
Las ITS se han abordado al margen de los diferentes programas desarrollados sin considerar la relación causal que tienen con los problemas de infertilidad, así como la búsqueda activa de casos en el proceso de atención del niño(a) y del adulto mayor. Cabe mencionar que, la capacidad de los servicios del MINSA para su diagnóstico y tratamiento se encuentra limitada por las carencias en medios y la incompatibilidad entre las normas terapéuticas para el manejo de los problemas y la lista básica de medicamentos.

Con relación a la **Epidemia del VIH- Sida**, Nicaragua es el país centroamericano donde más tardíamente se detectó la epidemia del VIH y el país que actualmente reporta el menor número de personas diagnosticadas con el virus.

En Nicaragua se registra en el año 1987 el primer caso de Sida, manteniendo una tendencia ascendentes del número diagnosticados. Hasta el año 2007 se registran un acumulado de 3,074 casos¹⁶, de ellos, 934 son mujeres y 2,140 son hombres. La relación hombre mujer se mantiene en 2.3 / 1.

Durante estos 20 años, se reportan un total de 1969 personas con VIH, 426 personas con Sida y 679 fallecidos 679.

¹⁶ MINSA. Componente ITS VIH SIDA: Informe Técnico 2007



Fuente: Vigilancia Epidemiológica 2007. MINSA

La prevalencia calculada para el período 2007 es de 0.2 según proyecciones de ONUSIDA 2006.

Mientras en el año 2006 se diagnosticaron 419 personas con VIH (tasa de incidencia 7.6 por 100,000 habitantes), en el año 2007 se han diagnosticado 679 personas con VIH o Sida (tasa de incidencia 12 por 100,000 hab). El 14.2% de las personas diagnosticadas en este año se han detectado en la fase de Sida. Los departamentos con mayor incidencia del VIH en este periodo en orden ascendente son: Chinandega, Managua, Región Autónoma del Atlántico Sur, Masaya, Región Autónoma del Atlántico Norte, Rivas, León, Granada, Estelí y Boaco. La epidemia ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años. Mientras en el período 1993-1999 se diagnosticaba un promedio anual de 22 nuevas infecciones de VIH, entre los años 2000-2004 se diagnosticaron 131 nuevas infecciones por año. Actualmente se diagnostican dos casos por día, sin embargo se ha calculado un subregistro de 60%.

Aunque la epidemia está afectando principalmente a personas entre 20 y 34 años (59%), se está desplazando rápidamente hacia los adolescentes. El grupo de edad 0-14 años representó el 5% de nuevas infecciones ocurridas en el año 2007, mientras los adolescentes entre 15 y 19 años representaron el 7%, en el 2007. Asimismo, en los últimos años se ha producido una tendencia acelerada hacia la feminización de la epidemia con una relación hombre-mujer de 2.3 a 1 en los casos registrados en el año 2007, sin embargo en el grupo de adolescente esta relación se iguala de 1 a 1.



La transmisión del VIH está ocurriendo principalmente a través de relaciones sexuales (94%), con predominio en personas heterosexuales (78 %), seguidos de la transmisión vertical o perinatal con un 4%, usuarios de droga intravenosa en un 1.9% y transfusión sanguínea en 0.1%

La Co-infección del VIH y TB puede tener un impacto negativo, lo que obliga al desarrollo de nuevos enfoques y a asegurar la colaboración estrecha entre ambos componentes o programas, debiéndose desarrollar intervenciones conjuntas para enfrentar efectivamente la coinfección¹⁷.

Estimaciones de la tendencia de coinfección de acuerdo a datos recabados, a través de investigaciones realizadas por el Programa de Control de TB, muestra que en un promedio de 0.4 % por año se incrementa la prevalencia de VIH en personas afectadas por tuberculosis, de manera tal que se estaría considerando que para el 2007 habrían un aproximado de 96 casos coinfectados VIH/TB, de mantenerse el mismo crecimiento por año (0.4 %) llegaría a duplicarse el número de casos coinfectados en el 2015.

3.7 INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

No existen datos sobre la incidencia de **infertilidad** en el país, aunque siendo las infecciones de transmisión sexual no tratadas o mal tratadas una de las principales causas de este problema a nivel mundial, debido a obstrucciones tubáricas, se estima que en Nicaragua, en las condiciones actuales, de alta prevalencia de ITS y dificultad para el acceso a los tratamientos adecuados, existe un alto porcentaje de parejas infértiles por esta razón.

¹⁷ MINSa. Componente de Control de TB. Informe Anual XVI. 2007.

No hay programas de prevención y solamente se cuenta con un servicio de referencia nacional en la capital. En la actualidad este problema es atendido sobre todo en el sector privado. En algunos SILAIS se realiza el estudio de la pareja infértil en el segundo nivel de atención, pero una vez diagnosticado el problema, no se brinda apoyo a la pareja por el bajo nivel de resolución que las instituciones tienen para el abordaje de este problema de salud.

En general este problema no se considera prioritario ya que las estrategias en salud reproductiva se han concentrado en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. La principal limitante es la falta de medios diagnósticos y tratamiento, dado los altos costos que implica su manejo, a su vez se requiere de protocolos de atención, que en la actualidad no existen y de personal de salud capacitado.

3.8 ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS DEL APARATO REPRODUCTOR

En el año 2005, se diagnosticaron 2,227 pacientes con Cáncer Cérvico Uterino (un mayor número de casos comparado con 1,688 en el año 2000); en este año, el 13.96% de las mujeres con cáncer Cérvico Uterino tenían entre 15 y 34 años de edad; el 41.31% ocurrió entre los 35 y 49 años de edad y el 44.73% estaban por encima de los 50 años. Debido a que la cobertura de la Citología Vaginal (PAP) en el país es muy baja (7.7% en el año 2005), se estima que la dimensión del problema es mucho mayor.

En el año 2005 los casos de Cáncer de Mama registrados fueron 443, un aumento significativo comparado con los 386 casos diagnosticados en el año 2000. El 54.63% de los casos diagnosticados ocurrió en mujeres mayores de cincuenta años de edad; el 37.47% estaban en las edades de 35 a 49 años de edad y el 7.9% estaban entre los 15 y los 34 años de edad.

La tasa de mortalidad del cáncer de próstata es elevada, sobre todo en población masculina mayor de 60 años, sin embargo la oferta de servicios para la detección oportuna y el tratamiento de cáncer del aparato reproductor, no incluye al cáncer de próstata.

La oferta se concentra en la detección del cáncer cérvico uterino, pero existe limitada cobertura de lectura de la citología cervical y capacidad de manejo de las lesiones premalignas y malignas que se diagnostican, debido a la escasez de recursos calificados. Solamente se cuenta con un centro de referencia nacional en Managua para el tratamiento de las lesiones malignas e invasivas, mediante técnicas quirúrgicas y cobaltoterapia. Una vez diagnosticado el cáncer hay baja capacidad institucional para el tratamiento oportuno con antineoplásicos.

No se tienen datos precisos en relación a la detección del cáncer de Mama, sin embargo, basado en la resolución de las unidades, se puede suponer que su detección está limitada a las poblaciones urbanas y en especial de las principales ciudades del Pacífico del país. Solo se ofrecen mamografías en un Hospital de Referencia Nacional.

No hay articulación entre los servicios de salud estatales y alternativos para la atención y seguimiento a las personas afectadas. Insuficiente coordinación con clínicas privadas y ONG en la entrega de información a las unidades de salud sobre la morbi - mortalidad por cáncer. Las normas de atención se encuentran en elaboración. Hasta el momento no se desarrollan acciones de prevención y promoción a la población adulta.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social ha anunciado una oferta de tratamiento integral para las aseguradas en caso de cáncer Cérvico Uterino o de Mamas. Esta institución cubre 170 mil mujeres.

3.9 SALUD POST-REPRODUCTIVA.

Existe poca información sobre la prevalencia de los problemas de salud asociados al climaterio y menopausia-en las mujeres-, la andropausia y la disfunción eréctil -en los hombres- y de sus implicaciones en la demanda de los servicios de salud en Nicaragua. La atención de estos trastornos en la etapa post reproductiva ha tenido poco desarrollo y la ausencia de normas y protocolos de atención contribuye a que el personal desconozca el manejo de los problemas en esta etapa de la vida.

A la ausencia de servicios que promuevan la atención de la etapa post reproductiva, se suma la ausencia de insumos para la atención de los principales problemas de esa etapa de la vida. Asimismo, no existen acciones de promoción de estilos de vida saludables como parte de la salud de las personas en etapa post reproductiva. Las únicas iniciativas provienen de las agrupaciones médicas que aglutinan profesionales que atienden estos problemas en su práctica privada.

No se produce información en salud al respecto de cómo estos problemas afectan a la población masculina y femenina lo cual limita la definición de estrategias y acciones en salud. Por otra parte, existen prejuicios en el personal de salud con relación al período post reproductiva al no considerar la existencia de problemas en el ejercicio de la sexualidad en esta etapa de la vida

IV. MARCO REGULATORIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA¹⁸

4.1 MARCO POLÍTICO Y JURÍDICO INTERNACIONAL

- **La Declaración Universal de Derechos Humanos**, aprobada en Diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas plasmó claramente la preocupación de las naciones sobre aspectos relacionados con el derecho a la vida; a la constitución de la familia sobre la base de la igualdad de obligaciones y derechos entre hombres y mujeres; a la protección de la salud, incluyendo cuidados especiales para la maternidad y la infancia; así como el respeto a la dignidad humana y el derecho a vivir sin discriminaciones de ningún tipo.

Si bien, el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos básicos puede considerarse un hecho relativamente reciente, Nicaragua ha ido refrendado los mismos a través de la Constitución Política de Nicaragua con sus modificaciones así como en el cuerpo jurídico nacional.

- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer**, adoptada por Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas en Diciembre de 1979 y ratificada por Nicaragua en Febrero de 1980, condena cualquier forma de discriminación contra la mujer y recoge el compromiso de los Estados partes de consagrar en sus constituciones nacionales, y en cualquier otra legislación que resulte apropiada, el principio de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, incluyendo de manera explícita la garantía del respeto de los derechos sexuales y reproductivos.
- **Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo**, convocada por la Organización Mundial de la Salud y llevada a cabo en Nairobi en 1987, lanzó la Iniciativa Mundial por una Maternidad Segura, de la que se derivó el desarrollo de un Plan de Reducción de la Mortalidad Materna en Las América. Para finales de los años 90 la mayoría de los países reconocieron y aceptaron la iniciativa y la vigilancia de la mortalidad materna fue declarada una prioridad nacional en los planes de salud de muchos países del mundo, entre los cuales se encuentra Nicaragua.
- **Convención sobre los derechos del niño y la niña**, aprobada en 1989 y ratificada por Nicaragua el 19 de Abril de 1990 mediante el Decreto Legislativo No. 324. Establece la obligatoriedad de brindar cuidados y asistencia especiales a la infancia, con el propósito de asegurar el pleno respeto de los derechos humanos de los niños y las niñas, que permita el desarrollo armonioso de su personalidad y los prepare para una vida independiente en sociedad y para asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.
- **Conferencia Mundial de Derechos Humanos**, desarrollada en Viena en 1993, como resultado de la cual se aprobó la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, que reconoció el derecho de las mujeres a gozar de las más altas normas de salud física y mental a lo largo de todo su ciclo vital y reafirmó el derecho de la mujer, en condiciones de igualdad, a la educación y a servicios accesibles de atención de la salud y planificación de la familia.
- **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer**, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en 1994 y ratificada por Nicaragua mediante el Decreto Legislativo No. 10-15 del 26 de

¹⁸ Benitez Quevedo, Gloria. Análisis del Marco Regulatorio de la Salud Reproductiva. Nicaragua. Abril - Septiembre 2003

Septiembre de 1995. Reconoció que cualquier forma de violencia contra la mujer, incluidas la violación, el maltrato y el abuso sexual, constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y convino en que los Estados parte adoptarán las medidas legales y administrativas que resulten necesarias para la eliminación de todas las manifestaciones de violencia contra la mujer.

- **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo** que se celebró en El Cairo en Septiembre de 1994, contempla en su Programa de Acción la potenciación y autonomía de la mujer como estrategia para lograr el desarrollo sostenible y pone especial énfasis en los derechos que tienen los hombres y mujeres, en condiciones de igualdad, al acceso amplio y sin coacción a los servicios de salud reproductiva, que incluyen la planificación familiar y la salud sexual. Nicaragua aceptó los contenidos fundamentales del Plan de Acción, expresando sus reservas en todo lo relacionado con el aborto.
- **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, efectuada en Beijing en 1995, constituye un importante hito en lo relacionado con la lucha por la igualdad y libertad de la mujer; re-toma el tema de la violencia contra la mujer e insta a todos los gobiernos a tomar medidas, incluyendo reformas legislativas, para prevenir y erradicar la violencia y asistir a las mujeres afectadas por este fenómeno.
- **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, efectuada en el Año 2000, donde 189 naciones y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial, aprobaron los ODM -que abarcan desde la reducción a la mitad de la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal- para el año 2015. En agosto 2006, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas propuso la incorporación de cuatro nuevas metas entre las cuales se menciona el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Oportunidad sin precedentes para la unión de esfuerzos entre Gobiernos, Sociedad Civil y Organizaciones Internacionales y el establecimiento de un marco de referencia para la armonización y alineamiento de la cooperación en ayuda a los países más pobres del mundo.

4.2 MARCO POLÍTICO Y JURÍDICO NACIONAL

- **Política Social del Gobierno de Nicaragua, de 1997**, se propone mejorar la calidad de vida del pueblo nicaragüense y considera incrementar la cobertura y la calidad de los servicios básicos de salud, dando prioridad a la atención integral a la mujer y a la niñez.
- **Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia de la República de Nicaragua y el Plan de Acción Nacional a favor de la Niñez y la Adolescencia**, aprobados para el período 1997-2001, incluyeron entre sus principales objetivos fortalecer los servicios de salud para niños y adolescentes, incluyendo servicios de salud reproductiva con énfasis en la prevención del embarazo precoz y de las ETS y VIH-SIDA; reducir los niveles de malnutrición y atender las principales causas de morbilidad y mortalidad de los niños y adolescentes.
- **Política Nacional de Salud 1997-2002**, aprobada en Julio de 1997, definió como prioritarias las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la mujer y la niñez, la reducción de los índices de desnutrición y mortalidad materna, perinatal e infantil, la prevención y tratamiento de la violencia, la detección oportuna de los cánceres más frecuentes del aparato reproductor femenino y el abordaje integral y multisectorial de la educación sexual, dirigida especialmente a los adolescentes.
- **Política Nacional de Participación Ciudadana: Agosto 1997. Plan de acción 2000-2002. Consejo Nacional de Desarrollo Sostenible. CONADES. Objetivos:** Promoción de una vida sana y productiva en armonía, impulsando la participación de hombres y muje-

res en las comunidades y la sociedad civil a través de los municipios y con la finalidad de consolidar la democracia y el Estado de derecho.

- **Política Nacional de Población** y su Plan de Acción, aprobados para el quinquenio 2001-2005, entre cuyos objetivos y líneas generales de acción se encuentra la promoción de la capacidad de la población para tomar decisiones en relación con su comportamiento reproductivo y encauzar el comportamiento sexual con la finalidad de disminuir la procreación irresponsable y precoz.
- **Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza**, con vigencia para el período 2001-2005, representa un conjunto de políticas económicas y sociales encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, y en especial de sus capas más pobres, que incluye objetivos relacionados con el diseño del Plan Nacional de Salud y de un paquete básico de servicios de salud, así como con la implementación de un modelo de atención integral en Salud Reproductiva; el fortalecimiento de programas para mejorar la consejería y servicios con atención calificada; el desarrollo de un plan para el fomento de la educación sanitaria y nutricional y el aumento de la cobertura de servicios de planificación familiar para mujeres en edad fértil.
- **Política Nacional para el Desarrollo de la Juventud, aprobada en el 2001**, reconoce la importancia de varios problemas de Salud Sexual y Reproductiva para la salud general de los jóvenes y propone que los servicios de salud deben responder a la heterogeneidad de los grupos juveniles focalizando sus acciones de modo diferenciado y específico.
- **Política Nacional y el Plan Nacional de Educación. 2001- 2015.** Entre sus estrategias, se plantea: dotación en las escuelas del complemento nutricional y de salud básica para asegurar las condiciones necesarias de bienestar para que los aprendizajes puedan ocurrir; lograr la igualdad entre los géneros para provocar cambios; incorporar ejes transversales como el de derechos humanos; Calidad y relevancia de aprendizaje en las universidades entre los que se mencionan a los temas de salud sexual y reproductiva, dotando a los jóvenes de herramientas valiosas para la transformación individual.
- **Política Pública contra la explotación sexual, comercial de niños, niñas y adolescentes.** Nicaragua. Abril del 2002. Constituye un marco referencial para las acciones de las diversas instancias de los poderes del Estado y de la sociedad civil y busca proporcionar a la sociedad de parámetros comunes que le permitan interpretar el fenómeno y diseñar estrategias para su enfrentamiento.
- **Política Nacional de Salud 2004 – 2015** tiene como eje transversal “Equidad de Género” como parte esencial de la equidad social. Su aplicación significa un reconocimiento de diferentes realidades, intereses y necesidades de salud de mujeres y hombres para la formulación de planes, programas e intervenciones que apunten a un impacto diferenciado y eficiente, reconociendo y trabajando las inequidades sociales, más allá de las ya conocidas.

En el lineamiento de política sobre el “Fortalecimiento de las Atención Primaria en Salud” establece que la atención en salud contará con una amplia participación comunitaria, con énfasis en salud sexual y reproductiva, que permitan fomentar hábitos y costumbres saludables en las personas, la familia y las comunidades.

Plantea como estrategia de Promoción de la Salud la coordinación con el sistema educativo para formular e implementar programas obligatorios que fomenten prácticas saludables en los escolares con énfasis en higiene personal, salud bucal, nutrición, salud sexual y reproductiva.

- **Plan Nacional de Salud, 2004 – 2015**, mandata en el Objetivo General No. 2 y como intervención de corto y mediano plazo la Implementación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional con enfoque de género y generacional.
- **Programa Nacional de Equidad de Género 2006 – 2010**: instrumento que contribuye al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorporando las necesidades de las mujeres y su participación en el desarrollo a través de su empoderamiento y autonomía. Su objetivo es contribuir a crear condiciones que generen mejoras de la equidad de género en la erradicación de la violencia, la educación, la salud, el empleo y el acceso y control a los recursos económicos productivos y la participación política.
- **Plan Nacional de Desarrollo**, constituye un marco de referencial nacional para guiar el rumbo de las políticas macroeconómicas y sociales de gobierno.
- **Constitución Política de Nicaragua**, publicada en Enero de 1987 y modificada posteriormente en 1990 y 1995. Reconoce el derecho de todos los nicaragüenses a la vida y a la salud y la obligación del Estado de establecer las condiciones básicas para su promoción, protección y recuperación; incluye normas para la protección del proceso de reproducción humana, de la paternidad y maternidad responsables y de la niñez; además de definir que las relaciones familiares se basan en la absoluta igualdad de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer.
- **Ley 150**, reformó los capítulos del Código Penal relacionados con la tipificación y sanción de los delitos sexuales.
- **Ley 185, Código del Trabajo**, estableció medidas para la protección de la maternidad y para la atención de las personas con capacidades especiales y de edad avanzada.
- **Ley 212, Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos**, creó la institución del mismo nombre, con el objetivo de conocer e investigar violaciones a los derechos humanos de la niñez, de la adolescencia y de la mujer por parte de las Instituciones de la Administración Pública.
- **Ley 230, que contiene nuevas reformas al Código Penal**, definiendo los delitos relacionados con la violencia intrafamiliar y las medidas de protección y sanciones para los mismos.
- **Ley 238-Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA**, (1998) estableció medidas para garantizar el respeto de los derechos humanos en todo lo relacionado con la prevención de la infección por el VIH y la atención integral de las personas viviendo con VIH-SIDA.
- **Ley 287-Código de la Niñez y la Adolescencia**, de Mayo de 1998, es un instrumento jurídico de extraordinaria importancia para la defensa de los derechos de los niños y adolescentes, incluyendo la protección de su sexualidad y la prevención de la maternidad temprana y sus complicaciones.
- **Ley 295-Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna**, publicada en Junio de 1999, establece disposiciones para la promoción de la lactancia natural y para la regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- **Ley 423-Ley General de Salud**, aprobada por la Asamblea Nacional en Mayo del 2002 y cuyo Reglamento entró en vigor en Enero del 2003, define prioridades y establece obligaciones del Estado y del resto de la Sociedad en relación con numerosos aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva de la población nicaragüense.
- Aunque su aprobación no es tan reciente, están vigentes otros instrumentos jurídicos que también contienen disposiciones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, entre los que se encuentran: **Código Civil (1904)**, **Ley reguladora de las relaciones entre**

Madre, Padre e Hijos (1982), la Ley de Seguridad Social (1982) y la Ley de Educación Popular para la Salud y su difusión gratuita (1988).

- **Ley No 28, Estatuto de la Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica. 1987.** Reconoce los derechos y deberes de los habitantes de estas regiones; todos gozan de los derechos y deberes que otorga la constitución política; se deberá rescatar los conocimientos de su medicina natural; promover la integración, participación y desarrollo de la mujer en todos los aspectos.

V. PRINCIPIOS y EJES TRANSVERSALES

5.1 PRINCIPIOS

- **Universalidad.** La articulación de las acciones y servicios que se brindan para mejorar la salud sexual y reproductiva toman en cuenta a toda la población independientemente de los regímenes de financiamiento.
- **Equidad.** La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, género, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.
- **Integralidad.** Las acciones se realizan considerando a las persona como un ser bio-psico-social que pertenece a una familia y una comunidad y se ejecutan de forma integrada en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Continuidad.** Las acciones son sostenibles en el tiempo y toman en cuenta todos los ámbitos de la atención y las etapas del ciclo de vida de las personas.
- **Calidad.** Las acciones y servicios tienen efectividad comprobada, son aceptados y que generen satisfacción en la población, con el menor costo y riesgo posible.
- **Complementariedad.** Se requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunados entre las diferentes entidades públicas, privadas y comunitarias para que las intervenciones de SSR logren mayor eficiencia e impacto, sobre la población en general y sobre los grupos vulnerables en especial.
- **Solidaridad.** Mediante mecanismos redistributivos de asignación de recursos financieros provenientes, tanto de las cotizaciones de la seguridad social, de origen fiscal y de la cooperación externa se logra el acceso a las prestaciones de aquellos con menores recursos.
- **Interculturalidad.** Nicaragua es un país multiétnico en donde conviven grupos de población con diferentes concepciones de la vida, el bienestar y la salud; algunos con idiomas diferentes al español, que operan en forma simultánea y sistemática en un territorio, existiendo la necesidad de considerar en las intervenciones esas particularidades y buscar la armonización entre los diferentes sistemas.
- **Participación social.** Con la participación efectiva y activa de la población se logra un Control Social de la gestión, lo que permite una mayor transparencia y eficiencia en el uso de los recursos, logrando así un mayor impacto en los resultados de las acciones en salud y de otros sectores.

5.2 EJES TRANSVERSALES

- **Enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.** Los derechos sexuales y reproductivos se inscriben como parte de los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijo, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de SSR. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin

sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

- **Equidad de género incluida la responsabilidad y participación masculina.** Es parte esencial de la equidad social y significa enfatizar en la importancia de la igualdad. Implica reconocer que existen diferencias entre hombres y mujeres, condicionadas por la construcción social de género y las discriminaciones sociales, que se expresan en inequidades para la mujer, muy especialmente en la incapacidad para tomar decisiones con autonomía y libertad, sobre todo en el plano sexual y las relaciones de pareja, lo cual aumenta su vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA. Este enfoque significa promover el empoderamiento de la mujer para conseguir prácticas de respeto entre hombres y mujeres y el reconocimiento efectivo de la igualdad de derechos de la mujer para protegerse y prevenir problemas de salud resultantes de estas inequidades y desigualdades.

Uno de los retos de involucrar al hombre en la salud sexual y reproductiva es la dificultad de interesar a los hombres en las clínicas de salud, cuando la mayoría de ellos rechazan la noción misma de enfermedad y los servicios relacionados a ella.

- **Enfoque Generacional.** Promueve el respeto a las identidades generacionales, la igualdad de oportunidades y relaciones equitativas entre generaciones (equidad generacional).

La ENSSR reconoce las diferentes realidades, intereses y necesidades de salud de la niñez, adolescencia, el adulto joven y el adulto mayor en la formulación de las estrategias y de las intervenciones para lograr un impacto diferenciado y eficiente.

- **Participación y movilización social y comunitaria¹⁹.** Es parte del proceso de desarrollo de la sociedad y de la aplicación del derecho de los ciudadanos a participar, junto a las instituciones y organizaciones del sector salud, en la construcción de las condiciones que hagan cada vez más saludables la vida de las personas, las familias y las comunidades. Se consolida a través del fortalecimiento de instancias institucionales y formas organizacionales, que faciliten la participación responsable y sostenida de la sociedad, en la definición de las necesidades y prioridades de salud, planeación, desarrollo de acciones de autocuidado, provisión de los servicios de salud, así como el control y evaluación de los mismos.
- **Multicultural y multiétnico²⁰.** Los servicios de SSR deben ser culturalmente accesibles a poblaciones multiculturales, lo cual significa que los servicios deberán ser aceptados por los pueblos indígenas, comunidades étnicas y afro descendientes y que además, deben ser efectivamente sostenibles.

¹⁹ MINSA. Plan Nacional de Salud 2004 – 2015. Managua. Septiembre 2004

²⁰ Ibid

VI. MISION, VISION, OBJETIVOS y METAS

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) es un instrumento de política sectorial que no se limita al MINSA, en su papel de proveedor de servicios, si no que proyecta a la institución como rectora de las políticas de salud del estado nicaragüense.

La ENSSR ha sido elaborada desde una perspectiva laica, basado en el respeto a los derechos humanos de las y los ciudadano/as de nuestro país, y promueve el libre acceso a la información científica y a los servicios de salud sexual y reproductiva a todos los habitantes del país.

En la definición de los lineamientos estratégicos e intervenciones se asumen como compromisos de la ENSSR los planes y programas, que han sido elaborados por otras instituciones del estado para contribuir a mejorar algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva de la población, como son: Programa de Educación para la Vida (Ministerio de Educación), Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA (MINSA – CONSIDA), Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual (Instituto Nicaragüense de la Mujer)

Como ejes de intervención plantea el abordaje de:

- Salud adolescente desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano
- Educación de la Sexualidad
- Anticoncepción Segura
- Salud Materna, Perinatal y Neonatal
- ITS, VIH y Sida
- Violencia de Género
- Enfermedades Oncológicas del Aparato Reproductor
- Infertilidad y Esterilidad
- Salud post Reproductiva

6.1 VISION

Mejorada la esperanza y calidad de vida de la población nicaragüense promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través del acceso a una educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

6.2 MISION

Es un marco de referencia nacional para las acciones en salud sexual y reproductiva concertado intra e intersectorialmente que genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos de las personas, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante su ciclo vital.

6.3 OBJETIVOS

- ❑ Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano

- ❑ Promover la sexualidad responsable y sana impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y la cultura
- ❑ Fomentar el ejercicio de los derechos SSR de las personas mediante la toma de decisiones informadas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos y la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad
- ❑ Mejorar la salud materna, perinatal y neonatal través de la oferta de servicios obstétricos esenciales oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como al recién nacido.
- ❑ Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el Sida y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico.
- ❑ Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas.
- ❑ Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo.
- ❑ Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el número de hijos deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres.
- ❑ Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva

6.4 METAS

6.4.1 Atención integral a la salud adolescente

- ➔ Disminuir la tasa específica de fecundidad adolescente a $\frac{1}{4}$ al 2015 respecto al 2001 pasando de 119 a 90 nacimientos por 1,000 mujeres
- ➔ Retrasar la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de varones de 15.6 a 16.5 y mujeres de 17.9 a 18.5.

6.4.2 Educación de la Sexualidad

- ➔ Incrementar el acceso a la educación de la sexualidad integral a todos los sectores de la población considerando la edad y la cultura

6.4.2 Anticoncepción Segura

- ➔ Incrementar la tasa de utilización de métodos anticonceptivos modernos en MEF de 64.1 en el año 2003 al 75 en el año 2015²¹
- ➔ Reducir de 19.8 en el año 2001 a 17.5 en el año 2015 la demanda insatisfecha a servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 15 a 19 años²²

²¹ MINSa. Plan Nacional de Salud. 2004 – 2015. Managua. Septiembre 2004

²² Gobierno de Nicaragua. Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza. Julio 2001

- Reducir de 17.0 en el año 2001 a 15.3 en el año 2015 la demanda insatisfecha a servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 20 y 24 años ²³

6.4.3 Salud Materna, Perinatal y Neonatal²⁴

- Reducir la mortalidad materna de 96.6 por mil nacidos vivos en el año 2002 a 43 por mil nacidos vivos al año 2015.
- Incrementar la cobertura de parto institucional de 50 % en el año 2003 al 71 % al año 2015.
- Incrementa la cobertura de cuidados prenatales de 69.6 % en el año 2003 al 88 % en el año 2015.
- Incrementar el porcentaje de embarazadas con 4to. control de 53 en el año 2003 al 65 en el año 2015.
- Incrementar el porcentaje de captación precoz de embarazadas 31.9 en el año 2003 al 46 en el año 2015.

6.4.4 ITS, VIH y Sida²⁵

- Reducir el 20 % en el número de nuevas infecciones de VIH al 2010.
- El 40 % de las poblaciones vulnerables tendrá en el 2010 acceso a servicios de atención integral, incluyendo prevención, atención y tratamiento antirretroviral.
- La incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH será menor al 1% y la incidencia de la sífilis congénita serán de menos del 0.05 casos por 1000 nacimientos vivos para el año 2010.
- El 70% de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años tendrán un conocimiento adecuado acerca de la prevención del VIH para el año 2010.

6.4.5 Violencia de Género

- Disminuir de 28.7% en 1998 a 20% en el 2015 la prevalencia de violencia intrafamiliar y sexual.
- Promocionar nuevas formas de relaciones familiares basados en el respeto a la dignidad y en los derechos de todas las personas.

6.4.6 Enfermedades Oncológicas del Aparato Reproductor²⁶

- Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino de mujeres de 35 años y más de 28.8 por cien mil en el año 2003 a 24.3 en el año 2015
- Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mamas de mujer de 35 años y más de 12.2 por cien mil en el año 2003 a 10.4 en el año 2015
- Incrementar el registro y la cobertura de atención por cáncer de próstata.

6.4.7 Infertilidad y Esterilidad

²³ Ibid

²⁴ MINSA. Plan Nacional de Salud. 2004 – 2015. Managua. Septiembre 2004

²⁵ MINSA. Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y SIDA. Nicaragua 2006 -2010. Managua. Nicaragua. Junio 2006. Documento borrador

²⁶ MINSA. Plan Nacional de Salud. 2004 – 2015. Managua. Septiembre 2004

- Incrementar el registro y la cobertura de atención de parejas con problemas de infertilidad y esterilidad

6.4.8 Salud Post Reproductiva

- Incrementar el registro y la cobertura de atención de hombres y mujeres con trastornos en la etapa post reproductiva.

VII LA ENSSR EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MOSAFC)

La ENSSR se operacionaliza según los lineamientos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), que implica articular funcionalmente todas las capacidades disponibles (públicas, privadas, sociales y comunitarias) creando redes de actuación multisectorial para la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva con acciones integrales y accesibles a la población en general.

La ENSSR considera la atención diferenciada de la salud sexual y la salud reproductiva de los grupos poblacionales definidos por el MOSAFC: niñez, adolescentes, adultos y adultos mayores y define formas concretas y específicas de prestaciones de servicios de salud para cada grupo.



La ENSSR considera a la persona como centro de su atención inmerso en un ambiente familiar, en una comunidad y en un entorno físico y ecológico.

En este sentido, se considera un rediseño del proceso de atención centrado en la persona que permita brindar cuidados completos, integrales e integrados de la salud y significa que, independiente del motivo de consulta, se debe indagar la situación de la salud sexual y reproductiva considerando la edad y sexo de las personas y las prestaciones de servicios de SSR definido para cada grupo etáreo. Como resultado, las acciones tendrán efectos en el crecimiento, desarrollo y envejecimiento saludable de las actuales y futuras generaciones, bajo la perspectiva de ciclo de vida.

Asimismo, significa considerar a la persona perteneciente a un núcleo familiar e inmerso en el contexto de una familia que influye en la salud de sus miembros, debiendo considerar a la persona como una entidad biológica y emocional y explorar los factores familiares que inciden en la probabilidad de riesgo, la violencia y vulnerabilidad de género, con el propósito de combinar la atención individual con la familiar y actuar de forma eficaz sobre los problemas de salud.

Desde el punto de vista de la comunidad, se considera que la ejecución de actividades conjuntas de promoción, prevención y protección específica de la salud sexual y reproductiva, así como, la detección precoz de daños en las personas, familias y comunidad, se realiza a través de la articulación de redes sociales y comunitarias existentes y que dedican tiempo y esfuerzo a promover el autocuidado, particularmente a grupos de riesgo como mujeres embarazadas, adolescentes, personas que viven con VIF, entre otras.

Las redes sociales y comunitarias se organizan para formar alianzas, comparten objetivos comunes y se articulan entre si para responder a las demandas en salud en un territorio específico. La cuantificación de estos organismos e instituciones en los territorios y su incorporación en los procesos de planificación y monitoreo estadísticos es una actividad clave para una visión real de territorio. Son integrantes de las redes sociales y comunitarias:

- Agentes Comunitarios en todas sus expresiones (parteras, brigadistas, promotores, líderes, agentes tradicionales, etc.)
- Casa Maternas
- Establecimientos del MINSA
- Establecimientos de la FFAA
- Establecimientos del MINGOB
- Empresas Médicas Previsionales
- Centros alternativos
- ONG'S

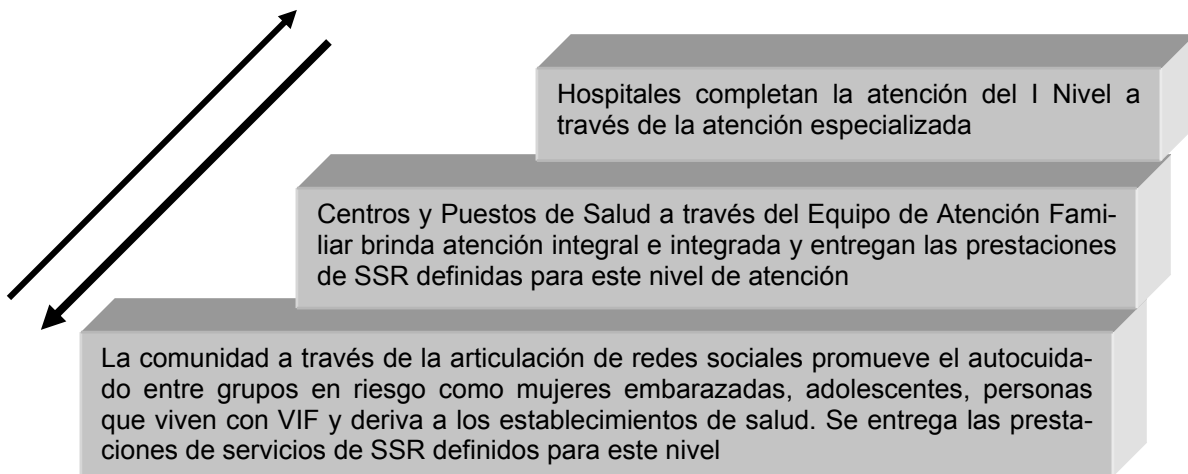
La prestación de los servicios se realiza según niveles de atención, adoptando los niveles definidos en la legislación vigente en primero, segundo y tercer nivel de atención para la entrega de las prestaciones de servicios de SSR.

Cada nivel de atención tiene definido las prestaciones de servicios de SSR a ofertar tomado en cuenta los lineamientos estratégicos e intervenciones de la ENSSR, las prioridades, costo – efectividad de las intervenciones y disponibilidad de recursos.

El I Nivel de Atención lo constituye la comunidad y los establecimientos de atención ambulatoria, públicos y privados, con un nivel de complejidad y resolución menor.

El II y III Nivel de Atención los constituyen los hospitales públicos y privados, que brindan servicios de atención especializada y que tienen mayor nivel de complejidad y resolución. Complementan el paquete de prestaciones del I Nivel de atención.

Cada establecimientos del I, II y III Nivel de Atención tiene definido los estándares de habilitación y de calidad para la acreditación, así como los instrumentos de monitoreo y evaluación.



VIII. INSTANCIAS DE GESTIÓN DE LA ENSSR

La gestión de la ENSSR se fundamenta en el principio de que las personas son gestores de su propia salud e incluye la gestión de la salud personal, familiar y del ambiente desde una óptica preventiva y la gestión participativa de los servicios de salud, en su planificación y vigilancia social.

El modelo de gestión la ENSSR se centra en el fortalecimiento de la descentralización y la democratización de la gestión para mejorar la toma de decisiones, la asignación y utilización de los recursos, la eficiencia y eficacia de la gestión y en consecuencia el mejoramiento continuo de la calidad.

Se consideran las siguientes instancias de gestión:

8.1 Comisión Técnica de SSR

Es una instancia de coordinación técnica de carácter institucional que conduce el proceso de formulación, actualización e implementación de la ENSSR, da seguimiento y evalúa las acciones que se realizan.

A la vez se responsabiliza de los aspectos técnicos que incluye la actualización de normas y la elaboración de protocolos de atención para operativizar la ENSSR

Está integrada por funcionarios de las Direcciones de Servicios de Salud, Planificación y Desarrollo, Regulación y de Insumos para la salud.

La Dirección de Servicios de Salud es quien preside esta comisión.

8.2 Comisión Nacional de SSR

Es una instancia de carácter sectorial que facilitará la búsqueda del consenso y el trabajo conjunto entre los diversos sectores que apoyan el proceso de implementación, seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Esta estructura se organiza a nivel nacional, departamental y municipal. El MINSA, como ente rector del sector salud, le corresponde coordinar el proceso.

Integran la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:

- Ministerio de Salud (MINSA)
- Ministerio de Educación (MINED)
- Ministerio de la Familia
- Ministerio del Trabajo (MITRAB)
- Ministerio de Gobernación (MIGOB)
- Ministerio de Defensa
- Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM)
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)
- Secretaría de la Juventud (SEJUVE)
- Organizaciones legítimamente reconocidas por la comunidad

Las competencias de las instituciones se describen a continuación:

Ministerio de Salud, como entidad rectora sectorial para la atención a la salud de la población, vigila que las intervenciones de promoción, prevención y atención respondan a las necesidades que, en materia de SSR, tenga la población en las diferentes etapas de la vida.

Es el encargado de elaborar las normas y protocolos de atención y vigila su aplicación. Asimismo, le corresponde velar por la adopción de los principios y ejes establecidos en los servicios de SSR y de la vigilancia epidemiológica de los indicadores de SSR.

Ministerio de Educación, revisa periódicamente el contenido curricular para la educación de la sexualidad en la curricula de educación nacional, así como los materiales orientados a los maestros y alumnos.

Garantiza la información y la educación de la sexualidad a los niños, niñas y adolescentes, que incluye temas sobre proyectos y estilos de vida saludable, sexualidad, postergación del inicio de las relaciones sexuales, prevención de las ITS, VIH, Sida y del embarazo, entre otros.

A los padres y madres les brinda información y educación en temas de SSR, según la etapa de la vida de sus hijos, para la construcción de entornos familiar saludables.

Ministerio de la Familia, como instancia rectora de la política social, interviene en la atención de niñas, niños y adolescentes con exposición al riesgo por causas relacionadas con la explotación y el abuso sexual, la drogadicción y la violencia de género, así como a las personas que viven con el VIH y el Sida, los huérfanos por causa del Sida y los niños/as y adolescentes con VIH.

Ministerio del Trabajo se ocupa en el ámbito laboral de educar a los empleadores y a las y los trabajadores en el autocuidado de su SSR y que se promueva en los centros laborales los métodos anticonceptivos, la prevención de la violencia de género, el abuso sexual y las infecciones por ITS, VIH Sida, así como el riesgo laboral por esta causa.

Ministerio de Gobernación garantizará acciones de información y educación sobre SSR y para la prevención de las ITS, VIH y Sida entre el personal directivo, funcionarios públicos, escuelas formadoras de recursos humanos y también asegurará las medidas de prevención y atención a la población penitenciaria para evitar la infección.

En las unidades de salud que le están subordinadas vigila el cumplimiento de las normas y protocolos de atención, que los servicios de SSR cumplen con la atención integral, con calidad y calidez y que la población beneficiaria y sus familiares gozan de los beneficios definidos en el paquete básico de prestaciones de SSR.

Ministerio de Defensa garantizará acciones de información y educación sobre SSR y para la prevención de las ITS, VIH y Sida entre el personal directivo, funcionarios públicos, escuelas formadoras de recursos humanos.

En las unidades de salud que le están subordinadas vigila el cumplimiento de las normas y protocolos de atención, que los servicios de SSR cumplen con la atención integral, con calidad y calidez y que la población beneficiaria y sus familiares gozan de los beneficios definidos en el paquete básico de prestaciones de SSR.

Instituto Nicaragüense de la Mujer impulsa los aspectos relacionados al cumplimiento del Programa de Equidad de Género a través de acciones de capacitación y fortalecimiento institucional, promoviendo los espacios de coordinación interinstitucional y el trabajo coordinado *con* la sociedad civil, de modo que se facilite una integración sostenible de género de doble vía en todas las políticas públicas y de modo ampliamente participativo.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social garantiza que los beneficios de la seguridad social incluyen el paquete de prestaciones de SSR regulado por el MINSA.

Vigila el cumplimiento de las normas y protocolos de atención en las Empresas Médicas Previsionales, que los servicios de SSR cumplen con la atención integral, con calidad y calidez que la población trabajadora y sus familiares gozan de los beneficios definidos en el paquete básico de prestaciones de SSR.

Secretaría de la Juventud garantizará acciones de información y educación sobre SSR y para la prevención de las ITS, VIH y Sida con los y las jóvenes y promueve intervenciones para mejorar la calidad de vida de la juventud, su incorporación social, el desarrollo de sus potencialidades y el aporte al avance del país.

Las Organizaciones legítimamente reconocidas por la comunidad participan en el desarrollo de las intervenciones de la ENSSR según su misión social en el marco de sus diferentes capacidades y experiencias, que contribuyan a potenciar la ENSSR en sus aspectos de promoción, prevención y atención evitando la dispersión y duplicación de esfuerzos mediante mecanismos adecuados de concertación con el estado.

Son representantes de las organizaciones legítimamente reconocidas por la comunidad:

- Consejos del Poder Ciudadano,
- Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE),
- Juventud sandinista 19 de Julio,
- Asociación de Trabajadores del Campo,
- Organizaciones No Gubernamentales
- Iglesias y Organizaciones Religiosas
- Universidades
- Sociedades Médicas

- Movimiento Comunal
- Otras Organizaciones Comunitarias

IX. ASEGURAMIENTO DE INSUMOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (AISSR)

Para garantizar la implementación y la sostenibilidad de las intervenciones establecidas en la ENSSR se requiere mejorar las capacidades del personal, asegurar los insumos y equipos en cantidades necesarias y de forma oportuna, para que la población pueda acceder a ellos en el momento que los necesite.

El desarrollo de una estrategia de *Aseguramiento de Insumos en Salud Sexual y Reproductiva (AISSR)* presenta una oportunidad para asegurar un acceso más equitativo a insumos y servicios de planificación familiar, atención a las emergencias obstétricas, así como , a otros productos esenciales en salud sexual y reproductiva y que todas las personas – independiente de su condición socio-económica, genero, raza, etnia y edad- puedan ejercer su derecho humano fundamental de alcanzar el estado mas alto de bienestar saludable.

La AISSR es algo más que aseguramiento de anticonceptivos, incluye medicamentos y equipos requeridos para la provisión de servicios de SSR, así como insumos para exámenes de laboratorio, todo con el propósito de asegurar los insumos esenciales y un alto estándar de calidad de atención para aquellas personas que lo ameritan , particularmente para grupos vulnerables.

La coalición de actores claves, a través del *Comité Nacional AISSR*, es un mecanismo importante para impulsar la agenda de AISSR.

El desarrollo de un *Plan Nacional en AISSR*, implementado por el *Comité Nacional AISSR*, en donde se busquen alternativas a los temas relacionados con el financiamiento, tales como identificación de necesidades, tendencias en el financiamiento y brechas, así como, promover una línea presupuestaria para la AISSR garantizan la sostenibilidad de las intervenciones establecidas en la ENSSR.

Dado que la creación de una línea presupuestaria, en el presupuesto de la República, no depende del MINSA y está ligado a acuerdos entre el Gobierno de la República y el Grupo de Apoyo Presupuestario²⁷, en el marco de los compromisos con el FMI en cuanto a los niveles de déficit presupuestario admisibles y otras variables, es parte de la tarea del financiamiento lograr incorporar la AISSR en estos acuerdos.

X. SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad de la ENSSR se basa en lograr en los trabajadores de salud la motivación y desarrollo de un nuevo paradigma en la atención de la salud reproductiva, disponer de protocolos, guías y capacitación permanente, desarrollando sus habilidades y competencias que les permita apropiarse de la intervención para convertirla en una rutina a nivel de los servicios.

²⁷ (Budget Support Group, BSG por sus siglas en ingles) compuesto por la Comisión Europea, Finlandia, Alemania, Holanda, Noruega, Suiza, Suecia, Reino Unido y Banco Mundial.

De otro lado, la participación de las autoridades locales y regionales, movimientos sociales y la comunidad en general, en el diseño de actividades específicas, seguimiento y evaluación de las mismas, garantizan la implementación de la ENSSR y la continuidad de las intervenciones.

XI SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Las principales fuentes de información identificadas para los procesos de seguimiento y evaluación de la ENSSR son:

- Las Encuestas Nacionales sobre Demografía y Salud (ENDESA) elaboradas por el Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE).
- Información estadística del Sistema de Información del MINSA (SIMINSA)
- Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica del MINSA
- Datos estadísticos disponibles de otros actores del Sector Salud (INSS, ONGs, etc.),
- Investigaciones cualitativas realizadas a la población

La obtención de la información estadística del MINSA (SIMINSA y Vigilancia Epidemiológica) tiene una periodicidad mensual y consolidación anual, mientras que los datos de las ENDESA tienen una periodicidad de cada 3 a 5 años. La información procedente de otros actores del sector salud se intentará obtener con una periodicidad semestral o anual.

El proceso de evaluación es sistemático y se analiza el comportamiento de los indicadores establecidos en cada uno de los objetivos planteados en la ENSSR.

INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL de SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA

No.	Indicador	Periodicidad	Observación
OBJETIVO No. 1			
1	Tasa de fecundidad adolescente		Endesa
2	Número de adolescentes que asisten a servicios de consejería y SSR, públicos o privados	Anual	
3	Tasa de cobertura de de servicios de SSR: anticoncepción, atención prenatal, parto y puerperio y otros	Anual	
4	Nº de adolescentes por tipo de servicios de SSR, grupo de edad y sexo	Anual	
OBJETIVO No. 2			
5	Número de promotores y promotoras que realizan actividades educativas con sus pares		
6	Número de hombres y mujeres alcanzados por las actividades educacionales	Anual	
OBJETIVO No. 3			
7	Tasa de utilización de métodos de anticonceptivos seguros en MEF	Anual	
8	Porcentaje de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 15 a 19 años		Endesa
9	Porcentaje de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 20 y 24 años		Endesa
No.	Indicador	Periodicidad	Observación
OBJETIVO No. 4			
10	Tasa de mortalidad materna	Anual	
11	Cobertura de Parto Institucional. MINSA	Anual	
12	Porcentaje de embarazadas con 4to. control de CPN.	Anual	
13	Porcentaje de captación precoz del embarazo.	Anual	
14	Cobertura de cuidados prenatales.	Anual	
15	Porcentaje de partos en adolescentes.	Anual	
16	Cobertura de controles puerperales	Anual	
17	Porcentaje de usuarias con hemorragia obstétrica sobre el total de partos institucionales	Anual	
18	Porcentaje de egresos hospitalarios por asfixia neonatal por partos institucionales	Anual	
19	Índice de cesáreas por hospitales.	Anual	
20	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer	Anual	
21	Porcentaje de hospitales con COE total funcionando.	Anual	
22	Porcentaje de centros de salud con COE básico funcionando.	Anual	
OBJETIVO No. 5			
23	Prevalencia de VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años	Anual	
24	Tasa de incidencia de VIH	Anual	
25	Tasa de prevalencia de VIH	Anual	
26	Porcentaje de personas con VIH/SIDA con acceso a tratamiento.	Anual	
27	Incidencia de VIH/ SIDA en los SILAIS fronterizos.	Anual	
28	Prevalencia de VIH/ SIDA en los SILAIS fronterizos.	Anual	
29	Captación de casos de VIH positivos	Anual	
3	Incidencia de ITS en los SILAIS fronterizos.	Anual	
31	Tasa incidencia de gonorrea	Anual	
32	Tasa de incidencia de SIFILIS		

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

No.	Indicador	Periodicidad	Observación
OBJETIVO No. 6			
33	Tasa de incidencia de la violencia intrafamiliar y sexual	Anual	
34	Tasa prevalencia de violencia intrafamiliar y sexual	Anual	
35	Familias que desarrollan nuevas formas de relaciones familiares		Endesa
OBJETIVO No. 7			
36	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino de mujeres de 35 y más años.	Anual	
37	Tasa de mortalidad por cáncer de mamas de mujeres de 35 años y más.	Anual	
38	Cobertura de citología del cérvix	Anual	
39	Tasa de mortalidad por cáncer de próstata de hombres de 40 años y más	Anual	
40	Cobertura de examen de PSA		
OBJETIVO No. 8			
41	Cobertura de atención de parejas con problemas de infertilidad y esterilidad	Anual	
OBJETIVO No. 9			
42	Cobertura de atención de hombres y mujeres con trastornos en la etapa post reproductiva.	Anual	

XII LINENAMIENTOS ESTRATEGICOS e INTERVENCIONES SEGÚN OBJETIVOS

Objetivo1: Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
1.1 Articular las acciones de educación sexual integral con los y las adolescentes del sector educativo formal para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida	1.1.1 Continuar el proceso de transformación curricular en el sector escolar para la incorporación de los temas de SSR en la currícula	<ul style="list-style-type: none"> Incluir la Educación para la Sexualidad, los derechos reproductivos y la prevención de la violencia basadas en la práctica de género en los programas curriculares formales 	M	Programas revisados y actualizados	MINED,	MINSA, Universidades, Agencias de Cooperación, Secretaria de la juventud
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar y operacionalizar la equidad de género, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva en los Modelos Regionales de Educación y Salud 	M	Temas incorporados	Gobiernos Regionales	MINED, MINSA, Universidades, Agencias de Cooperación, Secretaria de la juventud
	1.1.2 Fortalecer la capacidad de los docentes, consejeros y facilitadores escolares sobre temas relacionados con SSR, incluyendo las ITS, VIH y SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Revisar, actualizar e implementar el Manual de Educación de la sexualidad para docentes de pre escolar, primaria y secundaria 	C	Manual revisado Escuelas públicas y privadas implementado el Manual	MINED	MINSA, Universidades, Agencias de Cooperación, Secretaria de la juventud
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar programas de capacitación sobre el abordaje de la SSR de adolescentes dirigido a líderes, técnicos y prestadores de servicios de las instituciones y organizaciones 	C	Personal institucional capacitado	MINED MINSA	MINED MINSA
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar foros de discusión sobre la situación y repercusión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en su salud integral 	M	Foros realizados	MINED	MINSA, Universidades, Secretaria de la juventud

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar eventos científicos de actualización entre la comunidad de profesionales de la educación y técnicos de la salud 	M	Eventos científicos realizados	MINED, MINSA	Universidades, Secretaría de la juventud
1.2 Desarrollar acciones de educación de la sexualidad con los y las adolescentes en la comunidad en el contexto de la salud integral y desarrollo humano con participación social e intersectorial	1.2.1 Desarrollar acciones de educación no formal, considerando las características culturales, de género, étnicas y generacionales.	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el acceso a la información documental sobre los aspectos biológicos, sociales y conductuales asociados a la sexualidad y la reproducción humana y adaptarlos a las características culturales de la costa caribe 	M	Material informativo elaborados y adaptado a las características étnicas y culturales de la población y distribuido	MINED, MINSA	Secretaria de la Juventud, Comunidad, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a los gobiernos municipales en la ejecución de las acciones de promoción y prevención que los y las adolescentes realizan para promover el comportamiento sexual responsable y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos (ferias informativas) 	M	Comunidades realizando actividades informativas con los y las adolescentes Intervenciones informativas realizadas	MINED, MINSA	Alcaldías, Comunidad, Secretaria de la Juventud ONG'S
1.3 Promover acciones que favorezcan el desarrollo de una cultura de promoción y prevención de salud adolescente	1.3.1 Apoyar en la creación y fortalecimientos de espacios para la participación protagónica de los y las adolescentes bajo un enfoque de derecho, género y multiculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> Promover y organizar espacios saludables, así como encuentros entre adolescentes (recreativos, deportivos, educativos, culturales y para la construcción de la salud preventiva y para tener un mayor control sobre los determinantes de la salud de los y las adolescentes. 	M	Clubes funcionando Casas de adolescentes funcionando Adolescentes y jóvenes integrados. Encuentros realizados	MINED, MINSA	Alcaldías, Secretaria de la Juventud, Comunidad, ONG'S, CPC
		<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar en las escuelas públicas y privadas un programa permanente de consejería, a los y las adolescentes, que incluya proyectos de vida y temas de abstinencia voluntaria, inicio tardío de las relaciones sexuales, la planificación de la familia, 	M	Escuelas ejecutando un programa de consejería a adolescentes	MINED,	MINSA, Secretaria de la Juventud, Comunidad, ONG'S, CPC
		<ul style="list-style-type: none"> Mantener y extender las ferias educativas y otras intervenciones destinadas a la educación sexual de los adolescentes y jóvenes 	C	Ferias e intervenciones educativas realizadas.	MINED	MINSA,, Secretaria de la juventud

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar Programas de Prevención de violencia escolar. 	M	Intervenciones realizadas	MINED	MINSA, Secretaria de la juventud
1.4 Garantizar la organización de los servicios de salud amigables para adolescentes con enfoque de género, generacional y pertinencia cultural y con amplia participación social y comunitaria	1.4.1 Organizar la prestación de los servicios integrales para la atención de la salud adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar, actualizar e implementar protocolos para la atención integral de la salud adolescente acorde con las exigencias normativas y derechos de los y las adolescentes. 	C			
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar diferentes modalidades de atención que garanticen la integralidad, accesibilidad y continuidad de la consejería y el suministro de métodos anti-conceptivos a la población adolescente 	C	Adolescentes hombres y mujeres que optaron por un método de planificación familiar adecuado para su edad	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	Secretaria de la Juventud MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Ofertar servicios especiales para la atención de las adolescentes y jóvenes en los establecimientos de I y II nivel de atención que permita el acceso y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. 	M	Servicios funcionando	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	Secretaria de la Juventud MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
	1.4.2 Fortalecer las competencias del personal de salud para la atención integral de los y las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Implementar estrategias para el desarrollo de los recursos humanos que incluya habilidades de liderazgo y abogacía, contenido educativo de desarrollo y de salud de adolescentes 	C	Actividades de capacitación ejecutadas Personal capacitado	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	MINSA, Universidades, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S

Objetivo 2: Promover la sexualidad responsable y sana impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica, en un marco de derecho y acorde con la edad y cultura

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
2.1 Promover un comportamiento sexual responsable de hombres y mujeres sobre la base de la igualdad y equidad de género evitando la discriminación por razón de género, edad, cultura	2.1.1 Desarrollar acciones con la población joven y adulta que fomenten la comunicación entre hombres y mujeres, la comprensión de sus responsabilidades conjuntas en lo relativo a la salud sexual y reproductiva, así como incidir en las prácticas negativas asociadas a la masculinidad	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar programas de educación de la sexualidad con los adultos que aborden las necesidades de los padres y madres como agentes inmediatos en la promoción de un comportamiento sexual responsable 	C	Padres y madres participando	MINSA	MINED, ONG'S, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la metodología de pares – hombres capacitando hombres – para sensibilizar a los hombres con relación a la participación y responsabilidad masculina en la salud sexual y reproductiva 	M	Actividades de capacitación realizadas Hombres participando	MINSA	Comunidad ONG'S, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Integrar a los medios de comunicación masiva en la introducción de imágenes y prácticas propositivas de "ser hombres" para los hombres, y formas de relacionarse positivas entre hombres y entre hombres y mujeres 	M	Campañas realizadas	MINSA	Colegio de Periodistas, Comunidad, ONG'S, Redes
	2.1.2 Brindar acceso a la educación de la sexualidad y a servicios integral de salud sexual a otros grupos poblaciones	<ul style="list-style-type: none"> Proveer educación de la sexualidad y servicios integrales de salud sexual y reproductiva a personas con capacidades diferentes, tanto física como mentales 	M	Personas con capacidad diferentes atendidas	MINSA	CONARE, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Proveer educación sexual y servicios integrales de salud sexual y reproductiva a personas de la tercera edad 	M	Personas de la tercera edad que reciben consejería sobre sexualidad	MINSA	Comunidad, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Brindar acceso a la educación de la sexualidad y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para grupos especiales de la población como los privados de libertad 	C	Personas de que reciben consejería sobre sexualidad Atenciones realizadas	MINGOB	MINSA, ONG'S
2.2 Brindar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en el campo de la salud sexual	2.2.1 Proporcionar educación y capacitación en salud sexual y reproductiva, así como, brindar las herramientas para el abordaje de la sexualidad a los profesionales de la salud y otros profesionales afines	<ul style="list-style-type: none"> Integrar el abordaje de la salud sexual en los programas existentes de salud pública 	C	Programas con normas revisada y adaptadas	MINSA	Universidades, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Capacitar y sensibilizar a los trabajadores de la salud en aspectos relacionados con la sexualidad y la procreación desde una perspectiva de masculinidad para que promuevan en los varones la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo. 	C	Trabajadores capacitados Actividades de capacitación realizadas	MINSA	Universidades, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Integrar la educación sobre SSR en la curricula de las instituciones formadores de profesionales de la salud 	C	Incorporación de temática de SSR a los planes de formación de RH	Universidades	MINSA, MINED
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la investigación sobre salud sexual y la difusión de los resultados 	C	Investigaciones realizadas	MINSA,, MINED, Universidades, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA	MINSA,, MINED, Universidades, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA
2.3 Fortalecer las acciones intersectoriales e interinstitucionales en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos	2.3.1 Impulsar la participación social activa en la ejecución de las actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el liderazgo de la Comisión de SSR para garantizar su accionar como estructura coordinadora de la respuesta nacional a la situación de SSR de la población 	C	Comisión funcionando activamente SILAIS con Comisión de SSR funcionando Cumplimiento de los planes departamentales y locales	Comisión Nacional de SSR	Instituciones y organizaciones integradas en la Comisión Nacional de SSR
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar convenios de colaboración con ONGs con experiencia en consejería y atención en SSR 	C	Convenios firmados Grado de cumplimiento	Comisión Nacional de SSR	MINSA, ONGs

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar el intercambio de experiencias entre los diferentes prestadores de servicios que atienden problemas asociados a la sexualidad 	C	Actividades realizadas Número de participantes Organizaciones e instituciones participantes	Comisión Nacional de SSR	Instituciones y organizaciones integradas en la Comisión Nacional de SSR
2.4 Adecuar las normas de atención de la salud sexual a las características étnico-culturales de la población	2.4.1 Armonizar y articular el proceso normativo para la atención de la SSR según el Modelo de Salud de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar las normas de atención de los servicios de SSR a las particularidades de grupos indígenas y comunidades étnicas, promocionando el respeto a la cultura, tradiciones y lengua de las usuarias de estos. 	M	Normas revisada y adaptadas	Secretaría de Salud de la Regiones autónomas	MINSA Consejo Regional
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar a los servicios de salud la consejería en sexualidad a través de personas con dominio de las lenguas locales 	M	Persona atendidas por edad y sexo	Secretaría de Salud de la Regiones autónomas	MINSA, Consejo Regional
		<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el acceso a la información documental sobre los aspectos biológicos, sociales y conductuales asociados a la sexualidad humana adaptarlos a las características culturales de la costa caribe 	M	Material informativo elaborados y adaptado a las características étnicas y culturales de la población y distribuido	Secretaría de Salud de la Regiones autónomas	MINSA MINED Consejo Regional
2.5 Promover el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la población.	2.5.1 Desarrollar actividades educativas y promocionales a nivel comunitario y familiar	<ul style="list-style-type: none"> Implementar jornadas educativas en Mortalidad Materna, Perinatal y neonatal en coordinación con las Alcaldías, Iglesias y el MINED en torno a la identificación de los factores de riesgo en el embarazo, parto y puerperio. 	C	Jornadas educativas realizadas	MINSA	MINED, Alcaldías, Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Promover al interior de la familia acciones que fortalezcan los lazos afectivos del núcleo familiar y que contribuya a establecer entornos saludables para el desarrollo de sus miembros 	C	Familias con adopción de conductas respetuosas entre sus miembros	MINSA	MINED, Alcaldías, Comunidad

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
	2.5.2 Promover cambios en la sociedad en torno a la sexualidad humana y las relaciones de poder en la relación de pareja.	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar y difundir material educativo sobre la sexualidad humana. 	C	Material elaborado y distribuido	MINSA	MINED, ONG'S, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Promover el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones y el control de su sexualidad y reproducción (su cuerpo y su vida). 	C	Material elaborado y distribuido	MINSA	MINED, Comunidad, ONG'S, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Promocionar los derechos sexuales y reproductivos de la población a través de publicidad escrita, radial y televisada. 	C	Material elaborado y distribuido	MINSA	MINED, Comunidad, ONG'S, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Informar y educar a la población sobre los problemas reproductivos, post reproductivos y otros ligados al ejercicio de la sexualidad 	C	Material elaborado y distribuido	MINSA	MINED, Comunidad, ONG'S, Redes

Objetivo 3: Fomentar el ejercicio de los derechos SSR de las personas mediante la toma de decisiones informadas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos y la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad.

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
3.1 Proporcionar el acceso a toda la población de métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar	3.1.1 Establecer mecanismos para la adquisición y distribución de insumos anticonceptivos para la población asegurada y no asegurada	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un programa nacional de adquisiciones de insumos anticonceptivos de acuerdo a los requerimientos de la población asegurada y no asegurada. 	C	Plan de adquisiciones elaborado y compras conjuntas de métodos anticonceptivos realizadas.	MINSA	INSS, MINGOB, FFAA, Redes, Agencias de Cooperación
		<ul style="list-style-type: none"> Promover cambios normativos en el INSS para incluir la oferta de métodos anticonceptivos en la cartera de beneficios del paquete básico de servicios de la población asegurada 	C	Métodos anticonceptivos incluidos en el paquete de prestaciones de la población asegurada	INSS	MINSA
		<ul style="list-style-type: none"> Incluir la oferta de métodos anticonceptivos en la cartera de beneficios del paquete básico de servicios de la población beneficiaria de las Fuerzas Armadas 	C	Métodos anticonceptivos incluidos en el paquete de prestaciones de la población beneficiada	MINGOB, FFAA	MINSA
3.2 Ampliar el acceso a la Planificación familiar de calidad garantizando la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y el personal competente para su entrega	3.2.1 Fortalecer la planificación familiar mediante la consejería de calidad, la entrega oportuna del método elegido y el seguimiento para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que los establecimientos de salud que atienden a la población asegurada oferten métodos anticonceptivos seguros y efectivos 	C	Empresas Médicas Provisionales ofertando servicios de Planificación Familiar de calidad y garantizan los métodos anticonceptivos a mujeres y hombres	INSS	MINSA
		<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que los establecimientos de salud que atienden a la población asegurada oferten métodos anticonceptivos seguros y efectivos 	C	Establecimientos de Salud de las Fuerzas Armadas ofertando servicios de Planificación Familiar de calidad y garantizan los métodos anticonceptivos a mujeres y hombres	MINGOB, FFAA	MINSA

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la disponibilidad y oferta de Insumos de SSR, incluyendo los métodos anti-conceptivos, en el I y II nivel de atención para la población no asegurada que se atiende en las instituciones del MINSA 	C	Establecimientos de salud del MINSA abastecidos con Insumos de SSR y métodos anticonceptivos	MINSA	Comisión AISSR, Comisión DAIA
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la calidad en la consejería brindada a la usuaria, y su pareja, para la toma de decisión informada sobre el método de planificación familiar a utilizar, así como la organización de espacios que favorezcan esta actividad 	C	Parejas que seleccionaron de forma conjunta e informada el método anticonceptivo	MINSA, INSS, MINGOB, FFAA, ONG'S, Redes	Comisión AISSR, Comisión DAIA
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar en los hospitales la oferta de métodos anticonceptivos posterior a eventos obstétricos: post parto, post aborto, transcesarea 	C	Mujeres egresadas con un método de planificación familiar seguro posterior a un evento obstétrico	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB	Comisión AISSR, Comisión DAIA
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar la oferta de métodos anticonceptivos en usuarias que requieren abordaje diferenciado determinado por la edad o por situaciones especiales como es la multiparidad, anticoncepción en la mujer mayor de 35 años y la anticoncepción en casos de emergencia. 	C	<p>Mujeres mayores de 35 años que optaron por un método de planificación familiar adecuado para su edad</p> <p>Mujeres multíparas que optaron por una esterilización quirúrgica voluntaria.</p>	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S Redes	Comisión AISSR, Comisión DAIA

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo[1]	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
3.3 Brindar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en el campo de la Planificación Familiar	3.3.1 Proporcionar educación, capacitación y brindar las herramientas para el abordaje de la planificación familiar a los profesionales de la salud y otros profesionales afines	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar y sensibilizar a los trabajadores de la salud en aspectos de planificación familiar que promuevan en los hombres y mujeres la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo. 	C	Trabajadores capacitados Actividades de capacitación realizadas	MINSA	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Promover investigaciones que permitan identificar la accesibilidad y calidad de la atención de planificación familiar de forma que sean insumos para implementación de estrategias efectivas 	C	Investigaciones realizadas	MINSA	MINSA, MINED, Universidades, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA
3.4 Adaptar las actividades de la Planificación Familiar a las necesidades de las comunidades y grupos étnico-culturales.	3.4.1 Fortalecer las capacidades locales de las instituciones y actores territoriales para solucionar puntos críticos que limitan la accesibilidad y oportunidad a métodos de planificación familiar determinado por barreras geográficas y culturales	<ul style="list-style-type: none"> Implementar la consejería y distribución comunitaria de métodos de planificación familiar en las comunidades rurales y de difícil acceso. 	C	Cantidad y tipo de métodos anticonceptivos distribuidos a través de agentes comunitarios según sexo	MINSA,	ONG'S, Redes, Comunidad
		Capacitar y dotar de recursos a las parteras de zonas rurales de difícil accesos para implementar la consejería y distribución de métodos de planificación familiar post evento obstétrico.	C	Cantidad y tipo de métodos anticonceptivos distribuidos a través de parteras según sexo	MINSA,	ONG'S, Redes, Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar y capacitar a promotores, hombres y mujeres del grupo étnico de la costa caribe, para adaptar y ofertar la entrega de métodos de planificación familiares en comunidades de difícil acceso tomando en consideración las particularidades culturales y religiosas de la población. 	C	Promotores capacitados Número y tipo de métodos anticonceptivos distribuidos a hombres y mujeres	MINSA, Gobiernos Regionales	ONG'S, Redes, Comunidad

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo[1]	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar convenios de colaboración con ONG'S que trabajan en los temas de salud en las comunidades indígenas y étnicas a fin de incluir programas de consejería sobre planificación familiar en un marco de respeto a la lengua y la cultura de dichas comunidades. 	C	Convenios firmados Cumplimiento de los convenios firmados	MINSA, Gobiernos Regionales	ONG'S, Redes, Comunidad
3.5 Promover la planificación familiar mediante estrategias de IEC.	3.5.1 Fortalecer estrategias de IEC en las zonas que tienen difícil acceso a los servicios de salud, respetando su lengua y su cultura	<ul style="list-style-type: none"> Implementar programas de capacitación de líderes comunales sobre planificación familiar y los diferentes métodos anticonceptivos que se ofrecen, que incluya a líderes religiosos como actores locales de promoción de cambios de conducta 	C	Líderes comunitarios capacitados	MINSA	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar la metodología de pares – hombres capacitando hombres – como intervención innovadora para promover el uso de métodos de planificación diseñado para hombres y desarrollar actitudes y prácticas de autocuidados en ese aspecto 	C	Hombres participando Actividades realizadas	MINSA	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S Redes
	3.5.2 Desarrollar campañas nacionales de planificación familiar orientadas a fortalecer la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la salud sexual y reproductiva de la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar campañas de promoción de uso de métodos de planificación familiar dirigidos a la población en general, con intervenciones particulares orientadas hacia hombres y adolescentes y con énfasis en la paternidad y sexualidad responsable 	C	Campañas realizadas	MINSA	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S Redes

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo[1]	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar campañas de de promoción sobre el uso del condón como un recurso anti-conceptivo inocuo y de protección contra las ITS/VIH/Sida 	C			

Objetivo General 4: Mejorar la salud materna, perinatal y neonatal a través de la oferta de servicios obstétricos esenciales oportunos y de calidad a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como al recién nacido

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
4.1 Asegurar a la mujer embarazada el acceso a los servicios de maternidad segura, en especial para los grupos más vulnerables y que carecen de servicios adecuados	4.1.1 Fortalecer la capacidad normativa institucional que garantice calidad en la atención de la embarazada y del neonato.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar periódicamente las normas y protocolos de atención del embarazo, parto, puerperio y del neonato 	C	Normas actualizadas	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> • Promover la lactancia materna exclusiva desde la primera hora posterior al nacimiento. 	C	% de recién nacidos con lactancia materna desde la primera hora posterior al nacimiento	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementar en el Manejo activo del tercer período del parto (MATEP) el pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de latir 	C	% recién nacidos con MATEP	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las normas de referencia y contrarreferencia entre servicios de salud de diferentes sectores, a fin de evitar el rechazo y el maltrato en los servicios públicos de las pacientes y del recién nacido referidos por organismos o instituciones privadas. 	C	Referencias realizadas y no rechazadas	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar la calidad en la prestación de servicios a través del desarrollo de los procesos de acreditación de servicios de SSR. 	M	Establecimiento acreditados	MINSA	INSS, Comisión Nacional de Acreditación
		<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar el sistema de vigilancia de la mortalidad materna haciendo las modificaciones para mejorar la calidad de los datos y el análisis de los mismos 	C	Sistema de vigilancia de la mortalidad materna –actualizado	MINSA	INSS, Comisión Nacional de Acreditación MINSA

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar el sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal e infantil haciendo énfasis en la calidad del registro según CIE10, para la intervención local basada en el análisis de la información. 	C	Sistema de vigilancia de la mortalidad perinatal e infantil funcionado	MINSA	MINSA, INSS, y sector privado
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento del Registro Nicaragüenses de Malformaciones Congénitas (RENIMAC)). 	C	RENIMAC funcionando	MINSA	MINSA, INSS, y sector privado
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el monitoreo, evaluación y supervisión sistemática de los estándares e indicadores de calidad del proceso de atención de la embarazada y el recién nacido, en los diferentes niveles de atención de los establecimientos públicos y privados. 	C	Monitoreos realizados Establecimientos evaluados	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
	4.1.2 Incrementar la capacidad resolutiva de los servicios obstétricos y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> Adecuar la infraestructura en el II Nivel de Atención (hospitales estatales) para mejorar la privacidad en los ambientes y la calidad de los servicios. 	L	Hospitales con infraestructura mejorada	MINSA	MINSA,
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un Programa de Reforzamiento para mejorar la calidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido, priorizando lo SILAIS en los que la mortalidad materna, perinatal y neonatal se encuentra por encima de la media nacional. 	C	Embarazadas con 4to. control de APN. Captación precoz del embarazo. Cobertura de cuidados prenatales. Cobertura de parto institucional Porcentaje de partos en adolescentes. Cobertura de controles puerperales % de Recien Nacido sin complicaciones	MINSA	ONG'S Redes

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar la atención materna-Perinatal y neonatal, en forma regionalizada, coordinada dentro de cada nivel y articulada entre los diferentes niveles de atención 		Hospitales Regionales	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar e implementar plan de reorganización de la atención materna y neonatal en la red de servicios del país (Ruta Crítica) 		Hospitales con Ruta Crítica organizada	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar la estrategia de atención de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) y neonatales en las unidades públicas y privadas, que incluya la capacitación de los recursos humanos, la disponibilidad de los insumos y el equipamiento mínimo necesario para brindar la atención. 	M	Usuaris con hemorragia obstétrica atendidas según protocolos Usuaris con SHG atendidas según protocolo Egresos hospitalarios por asfisia neonatal Índice de cesáreas Recién nacidos con bajo peso al nacer Hospitales con COE completo funcionando. Centros de salud con COE básico funcionando	MINSA, MINGOB, FFAA, INSS	MINSA, MINGOB, FFAA, INSS
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar intervenciones basadas en evidencias mejorando la practica clínica en la prevención de las complicaciones obstétricas y neonatales 	M	% de embarazadas con Preeclampsia. % de embarazadas de 26 a < 35 SG con APP que recibieron esquema completo de corticoide % embarazadas con RPM	MINSA	MINSA INSS

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los servicios para la atención post aborto y sus complicaciones en los establecimientos de I y II nivel de atención que incluyan el apoyo psicológico, la asesoría post aborto y la oferta de métodos anticonceptivos seguros. 	C	Hospitales con servicios organizados y funcionando Hospitales primarios con servicios organizados y funcionando Mujeres atendidas y egresadas con métodos anticonceptivo seguro	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar actividades educativas y de sensibilización con el personal sanitario, especialmente del II nivel de atención, sobre la salud de la mujer, considerando aspectos relacionados con el género y los derechos sexuales y reproductivos, que contribuyan con la humanización de la atención post aborto y sus complicaciones. 	C	Trabajadores capacitados Encuestas de satisfacción de usuarias	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Promover política de estímulos al personal de salud basada en el desempeño y cumplimiento de estándares de calidad que fomente la motivación y disponibilidad del personal de salud. 	M	Trabajadores evaluados y estimulados	MINSA	MINSA
		<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar procesos que permitan la vinculación y participación de la pareja y la familia de la gestantes a los servicios de atención obstétrica y del recién nacido que tomen en cuenta la interculturalidad de las regiones autónomas de la costa caribe 	M	Modalidades implementadas Hombre y familiares participando	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S	MINSA, INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S
Brindar educación, capacitación y apoyo a los profesionales para una maternidad sin riesgo	Proporcionar educación, capacitación y brindar las herramientas para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar periódicamente a los trabajadores de la salud sobre la aplicación de normas y protocolos de atención 	C	Trabajadores capacitados Actividades de capacitación realizadas	MINSA	INSS, FFAA, MINGOB, ONG'S

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la formación de centros regionales para la capacitación del personal en temas de SSR con énfasis en las complicaciones obstétricas y del recién nacido con complicaciones 	M	Centros funcionando Personal capacitado	Universidades Comisión Nacional de SSR	MINSA, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Incluir en la curricula de medicina el manejo de las complicaciones obstétricas, del recién nacido y del neonato como una intervención para la reducción de la morbi- mortalidad 	M	Manejo de las complicaciones obstétricas, del recién nacido y neonato incorporado en los planes de formación de RH	Universidades Comisión Nacional de SSR	MINSA, ONG'S, Redes, MINGOB, FFAA
4.3 Promover la participación social y comunitarias para desarrollar acciones que mejoren la respuesta de la comunidad para el cuidado de la salud de la mujer gestante y del recién nacido	4.3.1 Implementar modalidades de entrega de servicios que logren sinergia entre las actuación comunitarias e institucional y la atención intra y extramural de la embarazada y del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la accesibilidad en el área rural y en zonas de difícil acceso incorporando acciones en las brigadas médicas móviles que promuevan la captación temprana de la embarazada, la atención de mujeres post evento obstétrico y la del recién nacido tomando en cuenta los patrones culturales de las comunidades a visitar. (Ej. Atención por personal femenino) 	C	Número y tipo de actividades realizadas	MINSA,	ONG'S, Redes, Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer acciones con la comunidad para la organización de mecanismos de apoyo a mujeres gestantes en situaciones de emergencia: planes de traslado oportuno de las mujeres con signos de complicación del embarazo, el parto y el puerperio y el neonato hacia servicios de salud adecuados. 	C	Mujeres, hombres y familia usuarias del Plan de Parto	MINSA ONG'S, Redes, Comunidad	MINSA/ONG'S/Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Promover el acceso a la atención calificada del parto a través del desarrollo e implementación de las Casas Maternas 	C	Casas maternas funcionando Mujeres beneficiadas	MINSA/ONG'S/Alcaldía	MINSA/ONG'S/Alcaldía

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la participación de la comunidad en programas de apoyo para la lactancia materna 	C	Puérperas con lactancia exclusiva	MINSA/Comunidad	ONG'S Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los mecanismos de coordinación con las parteras creando redes de referencia oportuna para el embarazo, parto, el puerperio y el recién nacido y capacitando a este recurso para la detección del ARO. 	C	Referencias realizadas	MINSA/Comunidad	ONG'S Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la referencia oportuna desde la comunidad de mujeres gestantes para contribuir con la buena evolución del embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido 	C	Referencias realizadas	MINSA/Comunidad	ONG'S Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar políticas de estímulo para los brigadistas de salud y agentes tradicionales, así como, un programa de capacitación, seguimiento y reconocimiento de la labor que realizan 	C	Brigadistas evaluados y estimulados	MINSA/Comunidad	ONG'S Redes
4.4 Fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional para la conformación de una alianza nacional contra la mortalidad materna y perinatal.	4.4.1 Crear redes de apoyo en el nivel local que permitan el intercambio de información y contribuyan a la ejecución de intervenciones dirigidas a mejorar la salud materna y perinatal	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar planes intersectoriales que aseguren la participación social en la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal incluyendo las organizaciones religiosas y sindicatos. 	C	Planes elaborados Cumplimiento de los planes	MINSA/Comunidad	ONGs, Organizaciones religiosas, sindicatos.
		<ul style="list-style-type: none"> Establecer bancos de alimentos, sobre todo en las zonas rurales, para darle atención a la mujer en el periodo prenatal y a la vez orientarlas en el uso de alimentos nutritivos (soya). 	M	Mujeres beneficiadas	Alcaldía	MINSA, ONGs

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Promover redes de apoyo para la implementación de intervenciones que contribuyan a la transformación de creencias, costumbres y prácticas tradicionales identificadas como no seguras y que ponen en riesgo a la madre y el recién nacido 	C	Número de participantes Número y tipo de intervenciones realizadas	MINSA/Comunidad	ONGs, OSC, Organizaciones religiosas, sindicatos.
	4.4.2 Desarrollar actividades de IEC con el propósito de estimular la participación del hombre, así como, mejorar la comunicación entre hombres y mujeres sobre la responsabilidad compartida de los aspectos relacionados con sexualidad y salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones de promoción dirigidos a la familia, con énfasis en la pareja, para el reconocimiento temprano de signos de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido con el propósito de realizar una referencia oportuna. 	C	Número y tipo de intervenciones realizadas	MINSA	ONG'S/Comunidad
<ul style="list-style-type: none"> Incorporar en las actividades de IEC temas sobre prácticas saludables, nutricionales, reconocimiento de los signos de peligro, mensajes claves para la salud materna y neonatal 		C	Material promocional	MINSA	ONG'S/Comunidad	
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar programa de educación dirigido a los hombres para que apoye la salud materna de su pareja y la maternidad -segura 		M	Programa elaborado Número de hombres participando	MINSA	ONG'S/Comunidad	

Objetivo General 5: Contener la incidencia de las ITS, el VIH y el SIDA y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos individuales y sociales responsables con respecto a la sexualidad, la prevención de todas las formas de transmisión y el acceso al tratamiento específico.

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
5.1 Armonizar de manera efectiva la actuación multisectorial del estado, la sociedad civil y la comunidad, en una respuesta nacional concertada ante la ITS/VIH/Sida que cuente con el acompañamiento coordinado de la comunidad internacional	5.1.1 Fortalecer el liderazgo de CONISIDA para garantizar su accionar según el mandato de la Ley 238 y su Reglamento, como estructura coordinadora de la respuesta nacional	<ul style="list-style-type: none"> Dotar a CONISIDA nacional de normas de funcionamiento para institucionalizar su actuación de acuerdo a la ley 238 	M	CONISIDAS departamentalmente funcionando CORLUSIDA y CORESIDA funcionan activamente.	CONISIDA	Miembros de CONISIDA
		<ul style="list-style-type: none"> Dotar a CONISIDA de procesos de gestión eficaces para asegurar una actuación amplia multisectorial y social en la respuesta nacional 	M	Cumplimiento de los planes departamentales y locales	CONISIDA	Miembros de CONISIDA
	5.1.2 Profundizar el proceso de articulación entre el estado, sociedad civil y la comunidad en todos los departamentos del país con el fin de asegurar la realización de acciones conjuntas	<ul style="list-style-type: none"> Dotar a las CONISIDAS departamentales de mecanismos de vinculación efectiva multisectoria (pública y privada), social y comunitaria en la respuesta nacional 	C	Participación efectiva de las instituciones y organizaciones civiles a nivel departamental.	CONISIDA MINSA	CONISIDA Redes
	5.1.3 Concertar la asistencia brindada por la cooperación internacional en función de la implementación del Plan Estratégico Nacional 2006-2010 (PEN)	<ul style="list-style-type: none"> Articular los aportes de la cooperación internacional en función de las estrategias del PEN 	M	Financiamiento externo distribuido de acuerdo a las intervenciones y acciones establecidas en el PEN.	MINSA CONISIDA	Miembros de CONISIDA Redes Agencias
		<ul style="list-style-type: none"> Crear el fondo nicaragüense de lucha contra el VIH/Sida 	C	Gastos en prevención del VIH.	MHCP Presidencia MINSA	Miembros de CONISIDA, Cancillería

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
5.2 Incrementar el acceso a servicios de atención integral a través de articular las capacidades existentes en el país, tanto públicas como privadas, de la sociedad civil y las comunidades	5.2.1 Promover el trabajo en Redes y alianzas estratégicas territoriales para el abordaje de las intervenciones que incorporen los aspectos demográficos, epidemiológicos, culturales, normas sociales y estilos de vidas de las diferentes poblaciones	<ul style="list-style-type: none"> Organizar la oferta de servicios de salud y apoyo social tomando en cuenta las capacidades públicas y privadas existentes 	C	PVVS atendidos de forma integral en sus territorios.	MINSA INSS MIGOB EJERCITO	EMPs, Redes ONG'S MINSA
		<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de la oferta de los servicios de atención en especial de consejería en ITS-VIH y Sida tanto en el sector público como privado, los que deben incorporar al hombre e idealmente a la pareja.. 	M	Consejería recibida por grupos priorizados.	MINSA	Redes ONGs con Experiencia Instituciones Formadoras CONSIDA
	5.2.2 Ampliar la oferta de servicios a las personas que viven con VIH o tienen Sida y sus familias, integrando en los territorios la oferta de servicios de salud y la de otras instituciones del estado con el fin de brindar apoyo integral a los individuos, las familias y las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar acciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH en las mujeres embarazadas mediante intervenciones basadas en la familia y la comunidad. 	C	Mujeres con VIH que reciben consejería específica sobre la transmisión vertical.	MINSA	ONG'S, EMP
		<ul style="list-style-type: none"> Incremento de la accesibilidad a servicios apropiados de planificación familiar a mujeres en edad fértil viviendo con VIH y Sida 	M	Mujeres con VIH que tienen acceso a métodos de planificación familiar	MINSA	MIGOB, EMPs Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la capacidad técnica de la red de laboratorio para el diagnóstico del VIH en las áreas geográficas de mayor incidencia 	M	Laboratorios del país con capacidad para el Dx del VIH.	MINSA	ONG, EMP

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Atención Integral del embarazo, parto y puerperio de las embarazadas que viven con VIH para reducir la transmisión vertical del VIH 	M	Mujeres embarazadas que reciben consejería en VIH	MINSA	Redes, EMPs, ONGs, MIGOB, Asociaciones de profesionales
		<ul style="list-style-type: none"> Atención integral de los hijos de madres VIH positivas 	C	Hijos de mujeres VIH positivas que reciben atención integral	MINSA	Redes, MIGOB, EMPs, Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar en SILAIS del país la integración de los servicios de salud materno-infantil y la atención del VIH/Sida. 	C	Mujeres embarazadas que conviven con el VIH que son referidas a los servicios especializados de atención	MINSA	SILAIS
		<ul style="list-style-type: none"> Aseguramiento de la atención y apoyo social a las PVVS y sus familias 	M	PVVS que han recibido capacitación técnica laboral para promover su incorporación al trabajo	MITRAB, MIFAMILIA, MINSA, PDHH	Redes, ONGs, MIGOB, MITRAB, Instituciones formadoras
		<ul style="list-style-type: none"> Atención integral a niños con VIH o Sida. 	C	Niños y niñas que reciben ARV o cotrimoxazole	MINSA	Redes, ONGs
		<ul style="list-style-type: none"> Atención integral a las familias afectadas por el Sida, en especial a los huérfanos y otra niñez vulnerable. 		Familias de PVVS que reciben apoyo integral de parte del estado y la sociedad civil. Huérfanos a causa del VIH/Sida que asisten a la escuela. Huérfanos a causa del VIH/Sida con acceso a servicios de salud	MIFAMILIA	MINSA, CONISIDA, MINSA, Redes, Alcaldías

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participantes
	5.2.3 Fortalecer la gestión descentralizada de los procesos locales de atención integral (con énfasis en el tratamiento ARV) de las ITS/VIH/Sida.	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento de la descentralización de la atención especializada a las PVVS. 	C	Especialistas entrenados para brindar atención de forma descentralizada	MINSA	Instituciones Formadoras EMPs, ONG'S, MINGOB
		<ul style="list-style-type: none"> Descentralizar e incrementar de la cobertura de la terapia ARV y para la prevención de las infecciones oportunistas 	M	PVVS que reciben tratamiento ARV de forma descentralizada.	MINSA	CONSIDA Redes
	5.2.4 Asegurar en todo el ámbito nacional el cumplimiento de las normas establecidas para la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes con VIH.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar el uso de un protocolo para el manejo integral de las ITS/VIH/Sida, y de la prevención y control de Sífilis Congénita 	C	Personal de salud integrado a la atención de los PVVS que ha sido capacitado.	MINSA	Instituciones Formadoras
		<ul style="list-style-type: none"> Aseguramiento de la administración de sangre segura y sus hemoderivados. 	C	Tamizaje de unidades de sangre de transfusión.	MINSA CRUZ ROJA	Cruz Roja EMPs, ONG'S MINSA Instituciones formadoras
	5.2.5 Integrar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de ITS/VIH/Sida a todas las instituciones de salud de los diferentes sectores, así como las distintas formas de pesquizaje activo de las ITS y el VIH para su diagnóstico temprano y manejo adecuado	<ul style="list-style-type: none"> Integración al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/Sida. a todas las instituciones de salud de los diferentes sectores 	C	Instituciones de salud integradas al sistema de vigilancia.	MINSA	CMN, MIGOB INSS, EMP INSS, ONGsEMP
		<ul style="list-style-type: none"> Incremento del pesquizaje activo del VIH en la población general, focalizando en grupos específicos (TCS, HSH embarazadas, etc.) 	C	Personas en quienes se promovió la prueba y que recibe su resultado.	MINSA	MIGOB INSS, ONG'S EMP, Centros alternativos
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la red de Sitios Centinelas 	C	Departamentos reportan periódicamente indicadores de cumplimiento de las acciones del PEN.	CONSIDA MINSA	MIGOB INSS, ONGs EMP

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
	5.2.6 Desarrollar recursos humanos con capacidades científico-técnicas para ofertar servicios integrales de acuerdo a las características de las diferentes poblaciones, de tal forma que puedan incidir en el cambio de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> Planificar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el PEN. 	C	Incorporación de temática de ITS/VIH/Sida a los planes de formación de RH.	MINSA	CNU REDES
		<ul style="list-style-type: none"> Capacitar los recursos humanos disponibles en los servicios y en las comunidades 	C	Profesionales de los servicios de VIH capacitados en las distintas instituciones de salud.	MINSA	Instituciones Formadoras Servicios de salud
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar la capacidad de investigación para el aprendizaje social y la creación de evidencia. 	M	Implementación del programa de investigación en ITS/VIH/Sida.	CONISIDA MINSA	Instituciones Formadoras
5.3 Reducir los comportamientos de riesgo tanto sexuales, como discriminatorios y de prácticas institucionales frente a la epidemia de las ITS/VIH/Sida, a través de la ejecución de acciones de promoción y prevención efectivas	5.3.1 Articular los procesos educativos en la lucha contra las ITS/VIH/Sida con el sector educativo formal y no formal en la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida	<ul style="list-style-type: none"> Elevar la capacidad técnica del personal docente sobre temas relacionados con las ITS, VIH/Sida. 	C	Personal docente capacitado en temas de ITS/VIH/Sida.	CNU MINED MINSA	Redes, CNU Instituciones EMP, Médicas
		<ul style="list-style-type: none"> Continuar el proceso de transformación curricular en el sector escolar para la prevención de las ITS y el VIH-Sida 	C	Mediana de la edad de la primera relación sexual. Jóvenes que tienen relaciones sexuales prematrimoniales. Uso de condón en la última relación prematrimonial. Uso de condón en la primera relación sexual.	MINED	CONISIDA CNU - MIGOB CONISIDA Alcaldías Redes Actores de la sociedad
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de acciones de Educación no formal, considerando las características culturales, de género, étnicas y generacionales. 	C	Conocimientos sobre la prevención del VIH. Conocimientos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil.	CONISIDA Redes MINSA	ONGs, Alcaldías CONISIDA MIGOB Redes MINSA

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
	5.3.2 Comunicación social para el incremento de la percepción de riesgo y movilización social dirigida a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones con prácticas sexuales, adictivas y laborales, acordes a sus particularidades	<ul style="list-style-type: none"> Implementar plan de comunicación Social sobre el riesgo de contraer el VIH que promueva el cambio a prácticas sexuales seguras, focalizándose en territorios de mayor incidencia de ITS y el VIH/Sida, tomando en cuenta vías de transmisión más frecuentes, poblaciones más afectadas y determinantes de conductas sociales y culturales. 	M	Relaciones sexuales de riesgo en el último año. Uso del condón en la última relación sexual de riesgo	MINSA CONSIDA	CONSIDA Redes Actores de la sociedad Medios de comunicación Asociaciones Instituciones Formadoras
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar plan educativo integral, multisectorial y comunitario dirigido a niños/as, adolescentes y jóvenes de ambos sexos, basadas en métodos de reconocida eficacia. 	M	Conocimientos sobre la prevención del VIH. Conocimientos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil.	MINED CONSIDA MIFAMILIA MECD	Redes, MINSAs Redes, Alcaldías
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar plan de educación integral específicamente para hombres con enfoque de masculinidad que promueva responsabilidad compartida 	M	Conocimientos sobre la prevención del VIH. Uso del condón en la última relación de riesgo. Relaciones comerciales de sexo en el último año.	MINSAs CONSIDAs	CONSIDA Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar plan de educación sexual integral específicamente para hombres que tienen sexo con hombres. 	M	Relaciones de riesgo entre hombres en el último año. Uso del condón en la última relación sexual entre hombres	MINSAs CONSIDAs CNLSSC	CONSIDA Redes

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar un plan educativo dirigido a las mujeres que incorpore perspectiva de género, empoderamiento, salud sexual, salud reproductiva, comunicación efectiva, autoestima y auto cuidado... 	C	Conocimientos sobre la prevención del VIH. Mujeres capacitadas en la prevención de la violencia. Capacidad de las mujeres de negociación para tener relaciones sexuales sin riesgo.	MIFAMILIA	MINSA CONISIDA Redes
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar programa educativo para trabajadoras sexuales 	C	Uso de condones por el compañero en la última relación sexual.	MIFAMILIA CONISIDA MINSA	CONISIDA Redes ASONVIHSDA
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar un programa de comunicación social dirigido a las poblaciones móviles y uniformados, que promueva comportamientos sexuales seguros, focalizando el esfuerzo en estaciones de paso localizadas en las diferentes fronteras del País 	M	Consejerías brindadas a poblaciones móviles consideradas de alta vulnerabilidad.	MIGOB MINSA	CONISIDA Redes Cancillería Cooperación Internacional SOC. CIVIL
		<ul style="list-style-type: none"> Prevención de la transmisión del VIH en usuarios/as de drogas intravenosas. 	C	Usuarios de drogas inyectables que nunca comparten equipos. Usuarios de drogas inyectables que usaron condón en la última relación sexual.	CONISIDA MINSA	CNU, ONGs MIGOB CONISIDA
		<ul style="list-style-type: none"> Fomento de prácticas laborales seguras en el sector salud para la prevención de las ITS y el VIH 	M	Trabajadores capacitados en temas de prevención del VIH.	MITRAB MINSA	Instituciones Formadoras CONISIDA MITRAB

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
5.4 Fortalecer el carácter intercultural y autónomo de la respuesta a la epidemia del VIH/Sida en las regiones de la costa del Caribe de Nicaragua.	5.4.1 Avanzar en la estructuración del abordaje intercultural en la atención integral de las ITS, VIH y Sida en las Regiones Autónomas.	<ul style="list-style-type: none"> Articular medicina tradicional en la atención integral 	C	Agentes tradicionales involucrados en la atención integral del VIH/Sida.	CORLUSIDA Y CORESIDA	MINSA, Comisiones territoriales y comunitarias de Salud, Red de Agentes tradicionales, Programas Regionales de VIH Sida. Universidades regionales
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el Involucramiento del sector religioso en la atención integral 	M	OBF desarrollando acciones de promoción y prevención del VIH/Sida.	CORLUSIDA Y CORESIDA	Red de pastores Redes juveniles Líderes religiosos
		<ul style="list-style-type: none"> Organización de los servicios de salud para garantizar la atención integral 	C	Cobertura de consejería sobre la prevención y pruebas de detección realizadas.	CORLUSIDA Y CORESIDA	MINSA Programa Regional VIH Sida Universidades regionales
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar la educación sexual y reproductiva al sistema educativo autonómico regional 	M	Conocimientos de la prevención del VIH entre adolescentes y jóvenes.	CORLUSIDA Y CORESIDA	MINED MINSA Universidades Regionales Unidades formadoras de recursos

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Implementación de un programa amplio de comunicación social 	C	Conocimientos de la prevención del VIH entre poblaciones indígenas y grupos étnicos.	CORLUSIDA Y CORESIDA	MINED, MINSA Universidades Regionales Unidades formadoras de recursos técnicos Medios de comunicación
		<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de la participación social y multisectorial 	C	PVVS integrados a la dinámica de CORESIDA y CORLUSIDA. Organizaciones de base comunitaria contribuyendo activamente a las acciones promovidas por CORLESIDA y CORLUSIDA.	CORLUSIDA Y CORESIDA	PVVS ONG'S OBF Comisiones de salud comunitarias y territoriales Redes de agentes tradicionales Organizaciones de Derechos Humanos
	5.4.2 Fortalecimiento de la gestión autónoma de la respuesta regional al VIH/Sida	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades técnica - organizativas de las instituciones autónomas (legislativa y ejecutiva). 	C	Miembros de instituciones autonómicas capacitados en el diseño de políticas y planes de lucha contra el VIH/Sida.	CORLUSIDA Y CORESIDA	Consejos y Gobiernos Regionales Universidades CONISIDA ONUSIDA, USAID

Lineamiento Estratégico	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	INDICADOR	ACTORES	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades técnica - organizativas de las Comisiones Regionales (CORESIDA Y CORLUSIDA) para el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de la respuesta a la epidemia. 	C	Miembros de CORESIDA y CORLUSIDA capacitados en el diseño de políticas y planes de lucha contra el VIH/Sida	CORLUSIDA Y CORESIDA	Consejos y Gobiernos Regionales Universidades CONISIDA ONUSIDA, USAID
		<ul style="list-style-type: none"> Transferencia de competencias y recursos para el desarrollo de programas regionales de VIH/Sida. 	C	Recursos del programa de VIH/Sida gestionados en las regiones autónomas del caribe nicaragüense.	CORLUSIDA Y CORESIDA	CONISIDA MINSA Universidades regionales Consejos y Gobiernos regionales
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un proceso sistemático de abogacía e Incidencia desde las regiones autónomas. 	C	Actas de compromisos alcanzados con autoridades regionales y locales en apoyo a la respuesta regional	CORLUSIDA Y CORESIDA	Alcaldías municipales Consejos y Gobiernos Regionales CONISIDA MINSA Universidades
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la gestión local y Gobernabilidad (municipios) 	C	Comisiones municipales de lucha contra el VIH gestionando respuestas locales.	CORLUSIDA Y CORESIDA	Alcaldías municipales Consejos y Gobiernos Regionales CONISIDA MINSA
	5.4.3 Desarrollo de programas de fortalecimiento socio-económico para las personas que viven con el VIH/SIDA y las familias	<ul style="list-style-type: none"> Creación de programas de inserción laboral 	M	PVVS insertados en procesos laborales estables.	CORLUSIDA Y CORESIDA	PVVS
	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de programas de apoyo psico – social y financiero 	M	Hogares con PVVS que reciben apoyo de las instituciones públicas.	CORLUSIDA Y CORESIDA	PVVS	

Objetivo 6: Promover la prevención de la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludable libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
6.1 Contribuir a la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual hacia la mujer, niñez y adolescencia a través de acciones orientadas a la población en general	6.1.1 Articular los procesos educativos de la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual con el sector educativo formal y no formal para hacer efectiva la inclusión de género y promover una cultura de paz	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un programas de orientación familiar en las escuelas que fortalezcan las relaciones familiares 	M	Programa de orientación familiar diseñad y funcionado Familias integradas en el programa	MINED	INIM MINSAs ONG'S Policía Procuraduría
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar plan de sensibilización sobre violencia intrafamiliar y sexual dirigido a dirigentes de las instituciones educativas 	C	Funcionarios capacitados	MINED	INIM MINSAs ONG'S Policía Procuraduría
		<ul style="list-style-type: none"> Revisar e incorporar en la curricula del sistema escolar el enfoque de género y la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual 	C	Revisado los planes curriculares e incorporado el enfoque de género y de prevención de la violencia	MINED	INIM MINSAs ONG'S Policía Procuraduría
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar en la curricula de las instituciones formadoras de profesionales de la salud el enfoque de género y la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual 	M	Revisado los planes curriculares e incorporado el enfoque de género y de prevención de la violencia	Universidad	INIM MINSAs ONG'S MINED Policía Procuraduría
	6.1.2 Ejecutar programas a nivel comunitarios para la prevención de la violencia y el fortalecimiento de los valores familiares	<ul style="list-style-type: none"> Conformar redes comunitarias para impulsar las relaciones familiares no violentas 	C	Comunidades organizadas en redes para la prevención de la violencia	MINSAs ONG'S	INIM MINSAs ONG'S MINED Policía Procuraduría Autoridades locales Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar un plan de capacitación a promotores comunitarios sobre leyes relativas a la violencia intrafamiliar y sexual, derechos de las mujeres, de la niñez y la adolescencia y sobre derechos humanos incluyendo los derechos sexuales y reproductivos 	C	Promotores y lideres comunales capacitados personas capacitadas	MINSAs ONG'S	INIM MINSAs ONG'S MINED Policía Procuraduría Autoridades locales Comunidad

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
6.1.3 Implementar planes de comunicación social para un cambio hacia una cultura de no-violencia en el hogar, escuela, comunidad y sociedad en general	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar campañas de divulgación sobre los derechos de las personas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, así como los recursos que se tienen para defenderlas Sensibilizar al personal de las iglesias con el fin de propiciar su comprensión sobre las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la niñez y lograr la participación en la prevención de la violencia de género Sensibilizar a los periodistas acerca de la importancia de los medios de comunicación para educar a la población sobre la violencia de género, eliminar las imágenes violentas y fomentar el debate del tema con un enfoque de género Desarrollar actividades de IEC orientadas a los niños para que logren distinguir el abuso sexual y muestre los pasos a seguir en el caso de que sean objeto de este. Desarrollar actividades de IEC orientadas a los y las adolescentes para que logren distinguir el abuso sexual y muestre los pasos a seguir en el caso de que sean objeto de este Elaborar un manual dirigido a los maestros de primaria a fin de instruirlos en la detección de casos de violencia y abusos sexuales, mostrándoles los pasos a seguir en caso de detectarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar campañas de divulgación sobre los derechos de las personas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, así como los recursos que se tienen para defenderlas 	M	Campañas realizadas	Medios de Comunicación	INIM MINS ONG'S MINED Policía Procuraduría Comunidad
		<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al personal de las iglesias con el fin de propiciar su comprensión sobre las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la niñez y lograr la participación en la prevención de la violencia de género 	C	Personas capacitadas	INIM ONG'S MINS	MINED Policía Procuraduría Comunidad Medios de comunicación
		<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a los periodistas acerca de la importancia de los medios de comunicación para educar a la población sobre la violencia de género, eliminar las imágenes violentas y fomentar el debate del tema con un enfoque de género 	C	Periodistas capacitados	INIM ONG'S MINS	MINED Policía Procuraduría Comunidad Medios de comunicación
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar actividades de IEC orientadas a los niños para que logren distinguir el abuso sexual y muestre los pasos a seguir en el caso de que sean objeto de este. 	C	Niños y niñas capacitados	MINS, MINED ONG'S	INIM Policía Procuraduría Comunidad Medios de comunicación
		<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar actividades de IEC orientadas a los y las adolescentes para que logren distinguir el abuso sexual y muestre los pasos a seguir en el caso de que sean objeto de este 	C	Adolescentes capacitados	MINS, MINED ONG'S	INIM Policía Procuraduría Comunidad Medios de comunicación
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un manual dirigido a los maestros de primaria a fin de instruirlos en la detección de casos de violencia y abusos sexuales, mostrándoles los pasos a seguir en caso de detectarlos. 	C	Manual elaborado y aplicándose Maestros capacitados	MINS, MINED ONG'S	INIM Policía Procuraduría Comunidad Medios de comunicación

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Diseñar materiales educativos sobre la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual 	C	Materiales elaborados y distribuidos	MINSA, MINED, ONG'S	INIM, Policía, Procuraduría, Comunidad, Medios de comunicación
6.2 Articular las acciones entre las diferentes instituciones para la detección temprana de los casos de violencia intrafamiliar y sexual hacia la mujer, niñez y adolescencia que permita una atención inicial o primaria adecuada	6.2.1 Diseñar mecanismos multisectoriales para la detección temprana de los casos de violencia intrafamiliar y sexual	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar y aplicar normas y procedimientos institucionales para la detección de la violencia de género en todas las instituciones que integran la red intersectorial de atención de estos casos, incluyendo la detección a nivel comunitario 	M	Normas elaboradas Instituciones aplicando	INIM, MINSA	MINED, MIFAMILIA, Policía, Procuraduría, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Implementar un sistema único de referencia y contrarreferencia de los casos detectados en las instituciones que integran la red intersectorial de atención de estos casos, incluyendo mecanismos de referencia comunitaria 	C	Normas de referencia y contrarreferencia elaboradas Instituciones aplicando	INIM, MINSA	MINED, MIFAMILIA, Policía, Procuraduría, ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Promover el registro único de casos de Violencia Intrafamiliar y de Género en todas las instituciones que atienden estos casos, incluyendo ONG'S, y que la información sea igual con la que se genera a través del sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA 		Sistema de registro elaborado Instituciones aplicando	INIM, MINSA	MINED, MIFAMILIA, Policía, Procuraduría, ONG'S

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
6.3 Impulsar un modelo de atención integral y multi-sectorial dirigido a mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y personas con capacidades diferentes, víctimas de violencia de género, de acuerdo a su condición y necesidad y que incluya acciones hacia la persona ofensora	6.3.1 Desarrollar la capacidad resolutoria de las instituciones para la atención integral de las personas víctimas de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar las normas y protocolos de para la atención integral de personas víctimas de violencia de género según niveles de atención y que incluya: <ul style="list-style-type: none"> - la ruta crítica de atención en salud - la atención diferenciada en etapas (inicial, en crisis o especializada) - la oferta de anticoncepción de emergencia, así como de otros métodos normados, - el trato y el apoyo emocional y psicológico adecuado e inmediato - la formulación de la denuncia. 	C	Normas elaboradas	MINSA ONG'S INIM Policía	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Promover grupos de autoayuda a los interno de las unidades de salud que contribuyan al autocuido y la sensibilización de las víctimas violencia de género. 	C	Grupos de autoayuda funcionando Personas participando	MINSA ONG'S	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Definir estándares e indicadores de calidad del proceso de atención de las personas víctimas de violencia de género, en sus diferentes expresiones, y fortalecer el monitoreo, evaluación y supervisión sistemática en los establecimientos de salud públicos y privados 	C	Estándares e indicadores definidos Monitoreos realizados	MINSA ONG'S	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Establecer un programa de capacitación conjunta para el personal de las instituciones y organizaciones involucradas en la atención a las víctimas de la violencia de género para prevenir las muertes violentas 	M	Programa elaborado Personas capacitadas	MINSA ONG'S	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
	6.3.2 Fortalecer las acciones multisectoriales para la atención de la violencia de género, estableciendo una red de colaboración interinstitucional	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar e implementar la ruta crítica de acceso a la justicia definiendo mecanismos de coordinación que aseguren la atención integral 	M	Ruta crítica diseñada Personas atendidas	MINSA ONG'S Policía Procuraduría	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Diseñar y ejecutar un plan de capacitación en asistencia jurídica a personas víctimas de violencia de género 	M	Programa elaborado Personas capacitadas	MINSA ONG'S Policía Procuraduría	MIFAMILIA INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Elevar los conocimientos sobre medicina forense y aspectos médico legales e incluir estos temas en el currículo de las instituciones formadoras de recursos para la salud 	M	Programa elaborado Personas capacitadas	MINSA Universidades	FFAA MINGOB INSS/ ONG'S Hospitales Privados
		<ul style="list-style-type: none"> Coordinar acciones con las universidades a fin que los estudiantes de psicología, trabajo social, sociología en su servicio social se incorporen a la atención a las víctimas de violencia de género en las unidades de salud como respuesta a la falta de personal 	M	Estudiantes incorporados al proceso de atención	Universidad MINSA	Secretaría de salud y Gobierno Regional
		<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la coordinación interinstitucional a través de planes de acción o convenios de cooperación entre las instituciones públicas (centros de salud y hospitales) y organizaciones que atienden las víctimas de violencia de género, incluyendo iglesia. 	M	Planes o convenios de cooperación elaborados Complicación de los planes o convenios	ONG'S MINSA	MIFAMILIA INIM Policía Procuraduría
	6.3.3 Brindar protección y atención temporal a personas que víctima de violencia de género que requieren de atención especializada	<ul style="list-style-type: none"> Promover la creación de casas albergues para las víctimas de violencia de género. 	M	Albergues funcionando Personas beneficiadas por edad	MIFAMILIA INIM ONG'S Alcaldías Secretaría de Salud Gobierno Regional	MINSA Policía Procuraduría

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un programa de atención multisectorial para la recuperación de las personas ofensoras 	M	Hombres atendidos	ONG'S MINS MIFAMILIA	INIM Policía Procuraduría
	6.3.4 Promover acciones de protección y apoyo del personal de salud que sean víctimas de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un programa para la atención del personal de salud afectado por la violencia de género. 	C	Programa elaborado Trabajadores de la salud atendidos	MINS ONG'S	FFAA MINGOB INSS
		<ul style="list-style-type: none"> Establecer mecanismos de protección al personal de salud que atienden casos de violencia de género. 	C	Intervenciones realizadas	MINS ONG'S	FFAA MINGOB INSS
		<ul style="list-style-type: none"> Promover grupos de reflexión a los internos de las unidades de salud que contribuyan al autocuidado del personal y la sensibilización para el abordaje de los casos. 	C	Grupos organizados Personas participando	MINS ONG'S	FFAA MINGOB INSS
6.4 Fortalecer el carácter intercultural y autónomo de la respuesta a la violencia de género las regiones de la costa del Caribe de Nicaragua.		6.4.1 Avanzar en la estructuración del abordaje intercultural en la atención integral de la violencia de género en las Regiones Autónomas.	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración y distribución de material informativo y educativo con las características culturales y de lingüística de la costa Caribe 	C	Material elaborado y distribuido	MINS ONG'S
	<ul style="list-style-type: none"> Articular a los agentes tradicionales en la atención integral de las personas que viven violencia de género 		C	Agentes tradicionales participando Acciones desarrolladas.	MINS ONG'S	Secretaría de Salud, Gobierno Regional, Red de Agentes tradicionales,
	<ul style="list-style-type: none"> Organización de los servicios de salud para garantizar la atención integral de acuerdo a las particularidades de las regiones autónomas 		C	Cobertura de consejería sobre la prevención y pruebas de detección realizadas.	MINS ONG'S	Secretaría de Salud Gobierno regional
	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar la educación sexual integral y la violencia de género al sistema educativo autónomo regional 		M	Conocimientos de la prevención de la violencia de género entre adolescentes y jóvenes.	MINED	MINS Secretaría de salud Gobierno Regional

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
6.5 Desarrollar una estrategia de unidades de salud "género amigables"	6.5.1 Implementación de estándares con acciones e indicadores intra y extra muros de las unidades de salud, incorporados en los convenios y compromisos de gestión y vinculados a un sistema de incentivos	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar de una línea de base 	C	Resultados de Línea de Base	MINSA ONGs	INIM
		<ul style="list-style-type: none"> Definir estándares 	C	Estándares incorporados en MAIS	MINSA ONGs	INIM
		<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal de salud que fortalezcan sus capacidades conceptuales y metodológicas con respecto a la perspectiva de igualdad de género en las acciones de salud 	C	Personal Capacitado	MINSA	INIM

Objetivo 7: Mejorar la salud de las mujeres y los hombres mediante la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y oportuno de tumores malignos del aparato reproductivo

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
7.1 Incrementar la capacidad de prevención y de detección oportuna de los tumores malignos.	7.1.1 Incrementar la capacidad de detección temprana de tumores malignos del aparato reproductivo.	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y completar las normas de detección temprana del Cacú, de mamas, de próstata y otras neoplasias del útero. 	C	Normas actualizadas	MINSA	ONG'S INSS Universidades Asociaciones médicas
		<ul style="list-style-type: none"> Considerar la inclusión de ácido acético como método de tamizaje rápido y efectivo y complementario a la Citología Cervical. 	C	Establecimientos aplicando el métodos	MINSA	ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos para ejecución de las actividades prevención, detección y atención de usuarios con cáncer del aparato reproductivo 	M	Establecimientos equipados	MINSA	ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar acciones en las brigadas médicas móviles que promuevan la captación de mujeres para la toma de la Citología Cervical y seguimiento de casos con Citología alterada en zonas rurales y de difícil acceso. 	C	Personas atendidas a través de las brigadas médicas móviles	MINSA	ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar y conformar centros regionales de lectura de la Citología Cervical, que impulsen el control permanente de la calidad de esta. 	M	Centros regionales	MINSA ONG'S	Universidades
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la formación de citotecnólogos para el diagnóstico oportuno de las neoplasias 	M	Cito tecnólogos formados	MINSA Universidad	ONG'S INSS MINGOB FFAA
	7.1.2 Involucrar a la comunidad y las organizaciones locales en la promoción de las medidas de prevención y detección oportuna del cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar acciones de información, educación y comunicación a la población que contribuya a la prevención del cáncer del aparato reproductivo de hombres y mujeres, con énfasis en el grupo mayor de 35 años. 	C	Actividades realizadas	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Incorporar en los programas de educación sexual información sobre medidas para prevención y detección del cáncer del aparato reproductor. 	C	Tema incorporado	MINSA MINED	ONG'S INSS MINGOB FFAA
7.2 Incrementar la capacidad de atención de los pacientes detectados.	7.2.1 Garantizar el acceso a los recursos terapéuticos para la atención de pacientes con cáncer.	<ul style="list-style-type: none"> Incluir en las listas básicas de las instituciones del Sector Público de Salud, los medicamentos para el CACU, de Mamas y de próstata. 	C	Tipo y cantidad de medicamentos	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar un programa especial de financiamiento para garantizar los insumos necesarios para el manejo del cáncer del aparato reproductor. 	M	Programa elaborado Cumplimiento del mismo	MINSA INSS MINGOB FFAA	ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Crear albergue para pacientes que reciben radioterapia y quimioterapia y que provienen de comunidades rurales y la Costa Caribe y no cuentan con medios de subsistencia en Managua. 	M	Albergues existentes Mujeres y hombres beneficiados	MINSA ONG'S	INSS MINGOB FFAA
	7.2.2 Fortalecer las relaciones multisectoriales e interinstitucionales para el abordaje integral de las neoplasias del sistema reproductivo	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar convenios con ONGs para la atención de pacientes con cáncer del aparato reproductor y la promoción de medidas preventivas. 	M	Convenios elaborados Cumplimiento del mismo	MINSA ONG'S	MINSA ONG'S
	7.2.3 Promover el cumplimiento de las normas y protocolos de atención a pacientes con neoplasias del aparato reproductor masculino y femenino	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar mecanismos de coordinación y de referencia para el seguimiento de usuarias con citología alterada, y Ca de mamas que son atendidas en II nivel de atención, centros de referencia y centros alternativos. 	C	Mujeres atendidas Tipo de atención	MINSA INSS MINGOB FFAA	ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Impulsar mecanismos de coordinación y de referencia para el seguimiento de usuarios con Ca de próstata presuntivo o confirmado en el II nivel de atención, centros de referencia y centros alternativos. 		Hombres atendidos Tipo de atención	MINSA INSS MINGOB FFAA	ONG'S

Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Líneas de Acción	Plazo	Indicadores	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> Definir estándares e indicadores de calidad del proceso de atención de las personas con cáncer del aparato reproductor, CaCu, de Mamas, Ca de Próstata, y fortalecer el monitoreo, evaluación y supervisión sistemática en los establecimientos de salud públicos y privados 	M	Estándares de calidad definidos Monitoreos realizados	MINSA INSS MINGOB FFAA	ONG'S
		<ul style="list-style-type: none"> Promover el registro único de casos de cáncer del aparato reproductor en todas las instituciones que atienden estos casos. 	M	Registro único funcionando	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Normar la atención psicológica a pacientes con cáncer del aparato reproductor. 	C	Normas elaboradas Atenciones según sexo	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA

Objetivo 8: Fomentar el ejercicio del derecho reproductivo a tener el número de hijos deseados mediante la prevención y atención de los problemas de esterilidad e infertilidad de las mujeres y los hombres.

Objetivos Específicos	Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
8.1 Desarrollar los servicios para la atención de los problemas de fertilidad e infertilidad	8.1.1 Fortalecer el proceso normativo y la coordinación interinstitucional y multisectorial para el abordaje de la pareja con infertilidad o esterilidad.	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar normas y protocolos para la atención de la pareja con infertilidad o esterilidad en los servicios de salud, que incluya la atención por niveles de resolución, la consejería y atención por equipo multidisciplinario. 	L	Normas elaboradas	MINSA	ONG'S INSS Universidades Asociaciones médicas
		<ul style="list-style-type: none"> Organizar un servicio de infertilidad y esterilidad por SILAIS y al menos uno en los servicios médicos de las FFAA y Gobernación, según normas y protocolos de atención 	L	Servicios organizados	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación con centros alternativos para complementar el proceso de atención y ampliar las alternativas de servicios a la pareja con infertilidad o esterilidad. 	L	Convenios de colaboración Cumplimiento del mismo	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
	8.1.2 Incrementar los recursos disponibles para el abordaje de la pareja infértil.	<ul style="list-style-type: none"> Elevar la capacidad técnica de los prestadores de servicios a través de procesos de capacitación que promuevan el desarrollo de habilidades para en manejo de la pareja con infertilidad o esterilidad 	L	Personal capacitado	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Garantizar los insumos necesarios para el diagnóstico y manejo de la infertilidad o esterilidad 	L	Exámenes realizados	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la especialización de en este tema en los residentes de gineco-obstetricia y estimular las investigaciones en este campo. 	L	Residentes formados	MINSA Universidades	MINGOB FFAA INSS

Objetivo 9: Mejorar la calidad de vida de las personas mediante el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y oportuno de disfunciones sexuales y de los problemas relacionados con la etapa post reproductiva

Objetivos Específicos	Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
9.1 3	9.1.1 Desarrollar la capacidad institucional para la atención del climaterio y la menopausia.	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar normas y protocolos para la atención del climaterio y menopausia, que incluya que incluya aspectos relacionados con la sexualidad de hombres y mujeres. 	C	Normas elaboradas	MINSA	ONG'S INSS Universidades Asociaciones médicas
		<ul style="list-style-type: none"> Promover la inclusión en la lista básica de medicamentos los insumos para el tratamiento de terapia de reemplazo hormonal, terapia mineral y para el diagnóstico y manejo de los principales problemas de la etapa post reproductiva 	M	Tipo y cantidad de medicamentos	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Promover espacios de divulgación, intercambio, terapias grupales, capacitaciones, información, que ayuden a contrarrestar los efectos de la menopausia 	M	Grupos de autoayuda Hombres y mujeres participando	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal de salud en el manejo de pacientes en edad post reproductiva. 	M	Personal capacitado	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborar material educativo con información sobre la salud sexual en edad post reproductiva. 	M	Material elaborado	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA
	9.1.2 Desarrollar acciones para atender las necesidades de atención en salud sexual de pacientes con disfunción sexual y el ejercicio de la sexualidad en las personas con capacidades diferentes	<ul style="list-style-type: none"> Promover una mayor participación del personal de salud y la población en la prevención y autocuidado de los principales problemas de salud sexual en esta etapa, orientadas a romper mitos y tabúes en este segmento de población. 	M	Actividades realizadas	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINSA ONG'S INSS MINGOB FFAA

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Objetivos Específicos	Lineamientos Estratégicos	Intervenciones	Plazo	Indicador	Actores	
					Responsable	Participan
		<ul style="list-style-type: none"> • Generar capacidad en los servicios de salud para y manejo de la disfunción sexual y consejería en salud sexual 	M	Personal capacitado Material elaborado	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a medicamentos para atender los casos de disfunción sexual 	M	Tipo y cantidad de medicamentos	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA
		<ul style="list-style-type: none"> • Incluir en las listas básicas de las instituciones del Sector Público de Salud, los medicamentos para atender los casos de disfunción sexual. 	M	Tipo y cantidad de medicamentos	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA	MINS ONG'S INSS MINGOB FFAA

BIBLIOGRAFIA

1. Benitez Quevedo, Gloria. Análisis del Marco Regulatorio de la Salud Reproductiva. Nicaragua, 2003
2. Brindis Claire, Dr. P.H., Davis Laura, M.A. "Mobilizing for Action. Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention. Vol I. 1998. A Series from Advocates for Youth, Washington D.C. 1998.
3. Cassels Andrew. "A guide to Sector – Wide Approaches for Health Development.". WHO. 1997.
4. Instituto Nicaragüense de la Mujer. Plan Nacional para la Prevención de la VIF y Sexual. 2001-2006. Managua, 2000
5. Family Care Internacional. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. Nueva Cork, 1995
6. Family Care Internacional. "Fichas en el sistema de vigilancia epidemiológica Informáticas sobre Salud Sexual y Reproductiva". 1999
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo." El Cairo. 1994
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sexualidad, Fecundidad y Paternidad Responsable en Varones Adolescentes en América Latina y del Caribe. México, 2005
9. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2001. Nicaragua.
10. Javier Martínez y Sike Seco Una revisión de la experiencia internacional con los ESS y de su posible aplicación Ministerio de Salud. Panamá. "Programa Nacional de Salud Reproductiva". Manama, 1999.
11. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. El Salvador. "Plan Nacional de Salud Reproductiva." San Salvador, 1999.
12. Ministerio de Salud. Guatemala. "Programa Nacional de Salud Reproductiva". Guatemala, 2000.
13. .Ministerio de Salud. Nicaragua. "Manual Operativo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia". Managua, Abril, 1995.
14. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Plan de Acción Nacional a favor de la Niñez y la Adolescencia 1997- 2001" Managua, Abril 1995.
15. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Política Nacional de Salud, 1997 – 2002". Managua. 1997.
16. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Proyecto Programa de Modernización del Sector Salud", Managua, 1998.
17. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Proyecto Programa de Modernización del Sector Salud, 1998-2002", Documento de Consulta Nacional. Managua, 31 de Julio de 1998.
18. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Normas Técnicas Administrativas I Nivel de Atención. Programa de Atención Integral a la Adolescencia". Managua, 1999
19. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar". Nicaragua, 1999

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

20. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Plan Nacional de Lucha contra las ETV/VIH/SIDA 2000 – 2004". Managua.
21. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Plan Nacional de Reducción de la Morbi-mortalidad Materna, Perinatal e Infantil". Managua, año 2000
22. Ministerio de Salud. Nicaragua. "Normas de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino 2000". Managua, 2000
23. Ministerio de Salud. Nicaragua. Sistema de Información 2001, 2002, 2003, 2004
24. Ministerio de Salud. Nicaragua. Política Nacional de salud 2004 – 2015. Managua, 2004
25. Ministerio de Salud. Nicaragua. Plan Nacional de Salud 2004 – 2015. Managua, 2004
26. Ministerio de salud. Nicaragua. Plan Quinquenal 2005 – 2009. Managua, 2005
27. Ministerio de Salud. Nicaragua. Modelo de Atención Integral en Salud. Noviembre 2005.
28. Ministerio de Protección Social. Política Nacional de salud Sexual y Reproductiva. Colombia, 2003
29. Movimiento Autónomo de Mujeres de Nicaragua. Agenda de Salud Integral de las Mujeres. Managua, 2005
30. Organización Panamericana de la Salud. "Análisis Sectorial". Managua, Nicaragua, 2000.
31. Toro Ocampo, Horacio. Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva.
32. Secretaria de Acción Social. Nicaragua. "Política Nacional de Población". Managua, 2001
33. Secretaria de Acción Social. Nicaragua. "Plan de Acción de la Política Nacional de Población". Managua, 2001.
34. Secretaria Técnica, "estrategia Reforzada de Crecimiento Económico para la Reducción de la Pobreza". Managua, Nicaragua, 2001
35. Secretaria de Salud. México. "Programa Nacional de Salud Reproductiva y Reforma del Sector". México, D.F 2000..
36. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Maestría de Salud Sexual y Reproductiva. Memoria I Foro Nacional "Perspectiva de Género en los servicios de SSR. Managua, 1998

EQUIPO TECNICO. PRIMERA EDICIÓN

Comisión Técnica de Salud Sexual y Reproductiva que coordinó el proceso de formulación de la ENSSR:

Adalgisa Dávila	Programa Atención Integral a la Adolescencia
Flor de María Cardoza	Programa Atención Integral a la Mujer
Jorge Orochena	Dirección del II Nivel de Atención
Ligia Juárez	Promoción de la Salud
Ligia Saavedra	Programa de Nutrición
Luisa Alvarado	Promoción de la Salud
Martha Galo	Dirección de Regulación
Miriam Ortiz	Programa de Rehabilitación
Rosario Gaitán	Programa de Salud Mental
Wilmer Beteta	Programa Atención Integral a la Mujer

Revisión del documento final:

Esperanza Camacho	CEPS
Félix Balladares	MINSA
Heike Gleser	IXCHEN
Hugo González	UNFPA
Karla Eslaquit	ACDI
Leonardo Contreras	MINSA
Marilyn Mora	PASCA
Maritza Cuan	MINSA
Xiomara Luna	SI MUJER
Wimer Beteta	MINSA

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN. PRIMERA EDICION

MINISTERIO DE SALUD – NIVEL CENTRAL:

Alvarado, María Luisa	Promoción de la Salud.
Beteta, Wilber	Programa Atención Integral a la Mujer
Cáceres, Mariano	Dirección de Servicios de Salud.
Cárdenas, Wilder	Dirección de Servicios de Salud.
Corea, Leonor	Dirección de Servicios de Salud.
Cardoza, Flor de María	Programa Atención Integral a la Mujer
Contreras, Leonardo	Programa Atención Integral a la Mujer
Corea, Dinorah	Organización de Servicios.
Dávila, Adalgisa	Programa Atención Integral a la Adolescencia
Falla, Fiorella	Programa de Atención Integral a la Niñez.
Fletes, Carlos	Programa de Salud Mental.
Gaitán, Rosario	Programa de salud Mental.
Galo, Martha	Dirección de Regulación.
Gutiérrez, Marisol	Dirección de Planificación.
Herrera, Norman	Dirección de Planificación.
Juárez, Ligia	Promoción de la Salud.
Ortiz, Miriam	Programa de Rehabilitación.
Orochena, Jorge	Dirección del II Nivel de Atención.
Pastora, Martha	Programa de Crónicos.
Reyes, Fernando	Dirección de Servicios de Salud.
Soto, Elvis Ramón	Dirección de Enfermería.

SILAIS BOACO:

Guerrero, Rolando	Responsable de Vigilancia. SILAIS
Robles, Haydee	Responsable AIM. SILAIS

SILAIS CARAZO:

González, Marilyn	Responsable ITS/SIDA. SILAIS
Guerrero, Salvador	Sub Director. SILAIS
López, Gloria	Responsable AIM. SILAIS

SILAIS CHONTALES:

Rothsuchw, Carla	Responsable AIMNyA. SILAIS Chontales
------------------	--------------------------------------

SILAIS GRANADA:

Morales Alemán, Said	Responsable ITS/VIH/SIDA. SILAIS
Useda Hidalgo, Isabel	Directora C/S Pedro Joaquín Chamorro
Vindel G, Patricia	Responsable de Planificación. SILAIS

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

SILAIS ESTELI:

Rueda, Juana Francisca	ITS/VIH/SIDA. SILAIS
Ortega, Francisca	Administración de Servicios. SILAIS
Ramírez, Angela	AIMNyA. SILAIS
Narváez, Helen	Docencia. SILAIS

SILAIS JINOTEGA:

González, Doris	AIN. SILAIS
Reyes, Ricardo	Subdirector. SILAIS

SILAIS LEON:

Laínez, Ivania	AIMNyA. SILAIS
Ramírez, Humberto	Subdirector. SILAIS

SILAIS MANAGUA:

Canales, Zoyla	Equipo Técnico de Atención Médica. SILAIS Managua
Castellón, María Luisa	Centro de Adolescentes. Hospital Bertha Calderón
Díaz, Selma	Responsable ITS/VIH/SIDA. SILAIS Managua

SILAIS MASAYA:

Alemán, Iván	Director General. SILAIS
Aguilar, Mariela	Responsable del P/S Valle de la Laguna. Masaya
Alemán Saballos, Ana	Médica General. SILAIS Masaya
Espinoza, María Argentina	Enfermera Jefa de Unidad del Hospital Masaya
Flores, José Martín	Médico del C/S Nindirí
Gaitán, María Natalia	Psicóloga. SILAIS
García, Karla	Responsable AIM. SILAIS
García, Mayra	Enfermera. SILAIS
Marín Fernández, María	Médica del C/S Roberto Clemente
Mendoza, Aracelly	Médica del C/S La Concha
Miranda Martínez, Ukrania	Responsable de AIMNyA del C/S San Juan de Oriente
Ortega, Lilliam	Médica del C/S Alejandro Dávila Bolaños
Putoy, Darling	Responsable AIMNyA. SILAIS
Ruiz, Halima	Médica Jefa de Servicio GO. Hospital Masaya
Soza, Darling	Médica del C/S Masatepe
Sánchez, Carolina	Médica del C/S Catarina
Taleno, Myrna	Directora del C/S Masaya
Tórrez, Marielo	Enfermera del C/S Monimbo

SILAIS MATAGALPA:

González, Floricelda	AIMNyA. SILAIS
----------------------	----------------

REGION AUTONOMA ATLANTICO NORTE:

Lira, Lucía	Directora General. SILAIS
Bodden, Alicia	Secretaria. SILAIS
Cunningham, Isabel	Responsable AIMNyA. SILAIS
Chávez, Rafaela	Directora Policlínico.
Chow, Ana	Enfermera. SILAIS
Davis C, Liseth	Responsable AIMNyA Policlínico RAAN
Diessen Ingrid	Clínica Bilwi. Enfermera. RAAN
García, Miriam	Programa ECNT. SILAIS
Godfrey A, Ceferino	Docencia. SILAIS
Hernández, Reynaldo	Vigilancia Epidemiológica. SILAIS
Lacayo, Marcia	Comunicación Social. SILAIS
Marley, Yovira	Subdirección Servicios de Salud. SILAIS
Martin P, Joy	Enfermera. SILAIS
Mejía, Vilma	Enfermera Servicio de Servicio de Maternidad. Hospital RAAN

REGION AUTONOMA ATLANTICO SUR:

Estrada, Loyda	AIMNyA. SILAIS RAAS
Fernández, Lestell	Servicios de Salud. SILAIS RAAS
Chávez, Jacinta	Enfermera. Hospital RAAS
Gleser, Heike	IXCHEN
Orozco, Walquiria	Comunicación Social. SILAIS
Rocha, Teresa	Directora Hospital. RAAS
Sujo, Katya	Subdirectora. SILAIS
Taylor, Norvel	Enfermera. SILAIS
Wilson, Jessica	Enfermera. SILAIS

AGENCIAS

Aburto, Karla	UNFPA
Bris K, Randolph	ACDI
Eslaquit, Karla	ACDI
Espinoza, José Ramón	UNICEF
Gisbert Civera, Irma	ACDI
Orozco, Nubia	PRONICASS
Soler, María	AECI
Vega, Rosemary	Embajada de Finlandia

INSTITUCIONES:

Cárdenas, Geraldine	INIM
De Trinidad, Cecilia	Fundación de Medicas Nicaragüense

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

De Trinidad, María Isabel	Fundación de Medicas Nicaragüense
De Trinidad, Roberto	Fundación de Medicas Nicaragüense
Delgado, Juana Mercedes	MECD. Managua
Hernández, Maribel	Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia
Joyas, Antonio	Asistente de la Secretaría de Salud. RAAN
Jarquín Lang, Wilfredo	Procurador de Derechos Humanos. RAAS
Lee Ingram, Martha	Comisaría de la Mujer. RAAS
Martínez, Angie	CEIMM-URACCAN. RAAS
Nelly, Grace	PSICO_URACCAN. RAAS
Ortega, María Auxiliadora	Comisaría de la Mujer. Managua
Taylor Rojas, Martha	Alcaldía. RAAS
Ulloa, Armando	UNAN. Managua
Valle, Janeth	MI Familia. RAAS
Zamora, Silvana	Institución de la Medicina Tradicional de la Costa Caribe. URACCAN. RAAN

IGLESIAS:

Gaentschle, Eduardo	Iglesia Verbo. Pastor y Presidente Pastoral. RAAS
Smith, Monseñor Pablo	Iglesia Católica. RAAS

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES:

Aguilar, Graciela	ACRIC. RAAS
Camacho, Esperanza	CEPS
Chavarría, Carla	Casa Materna. RAAS
Garth, Juana María	AMICA. RAAN
Gutiérrez, Zelma	PROMUJER. Masaya
Hernández, María Cecilia	Asociación de Mujeres Costeñas. RAAN
Hodgson, Eva	PSICO-URACCAN. RAAS
Lacut, Pablo	TESIS. RAAN
Lira Bonilla, Saul	AMC. RAAS
Luna Xiomara	Si Mujer
Mcrea, Marina	AMLAE. RAAS
Martin Watson, Elisa	Grupo Voluntario Civil. RAAN
Ortega, Alfredo	Red NICASALUD
Pavón, María	CIPO-Masaya
Rodríguez, Marieliz	IXCHEN. RAAS
Solis, Lucy	INPRHU. RAAS
Velásquez, María Elena	IXCHEN. Masaya
Vilchez, Rosa Bella	PROFAMILIA