26 Avances DE INVESTIGACIÓN

Nuevos sistemas sectoriales en el marco del proceso de Alineamiento y Armonización de la cooperación internacional

María Helena Hernández

Fundación Carolina
CeALCI

Nuevos sistemas sectoriales en el marco del proceso de Alineamiento y Armonización de la cooperación internacional

María Helena Hernández

Noviembre, 2008

Los datos generales presentados en esta investigación están actualizados a marzo 2008, fecha en que se concluyó la fase de recolección y análisis de la información aquí disponible.

Abreviaturas y Acrónimos

AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
AyA	Armonización y Alineación
ACF	Arreglo Conjunto de Financiamiento de Apoyo Presupuestario
APF	Apoyo Presupuestario Focalizado
APG	Apoyo Presupuestario General
APS	Apoyo Presupuestario Sectorial
CAD	Comité de Asistencia al Desarrollo
CdC	Código de Conducta
CE	Comisión Europea
CERAP	Comité Ejecutivo para la Reforma de la Administración Pública
CIAS	Comité Interagencial de Salud
CSD	Comisión Sectorial para la Descentralización
CT	Comité Técnico
DGPD	Dirección General de Políticas y Desarrollo
DP	Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda
ENDESA	Encuesta Nación de Demografía y Salud
ENMNV	Encuesta Nacional de Medición del Nivel de Vida
ES	Enfoque Sectorial
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
FC	Fondo Común
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONSALUD	Fondo de Apoyo al Sector Salud
GAP	Grupo de Apoyo Presupuestario
GBR	Gestión basada en resultados
GdN	Gobierno de Nicaragua
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
JCLA	Misión Conjunta de Evaluación
GdN	Gobierno de Nicaragua
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MdE	Memorandum de Entendimiento
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIFAMLIA	Ministerio de la Familia
MINED	Ministerio de Educación
MINREX	Ministerio de Relaciones Exteriores
MINSA	Ministerio de Salud
MPMP	Marco Presupuestario de Mediano Plazo
MGSMP	Marco de Gasto Sectorial de Mediano Plazo
OAP	Oficina de Administración Pública
OCDE	Organización de Cooperación al Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PAM	Performance Assesment Matriz (Matriz de Evaluación de Desempeño)
PAPND	Programa de Apoyo Presupuestario para la implementación del Plan Nacional de Desarrollo
PAPSE II	Programa de Apoyo Presupuestario para el Sector de Educación
PEF	Programa Económico Financiero
PNA AyA	Plan Nacional de Acción de Armonización y Alineamiento de la

	Cooperación Internacional
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNDH	Plan Nacional de Desarrollo Humano
PND-O	Plan Nacional de Desarrollo Operativo
PGR	Presupuesto General de la República
PMSS	Programa de Modernización al Sector Salud
POA	Plan Operativo Anual
PQS	Plan Quinquenal de Salud
PS	Programa Sectorial
SEPRES	Secretaría de la Presidencia
SIGFA	Sistema Integral de Gerencia Financiera Administrativa
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SIPLA	Sistema de Planificación y Presupuestación del MINSA
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SysODA	Sistema de Información de Ayuda Oficial al Desarrollo
USAID	Agencia de Desarrollo de Estados Unidos

Índice

Índice 4
Introducción 5
1. Marco General 6
1.1 Metodología de Investigación 6
1.2 Marco Conceptual 7
1.3 Contexto 13
2. Sistematización de la Experiencia del Enfoque Sectorial de Salud en Nicaragua 19
2.1 Situación General del Sector Salud en Nicaragua 19
2.2 La Cooperación Internacional en el Sector Salud 22
2.3 Análisis General del Enfoque Sectorial de Salud 27
2.4 El Enfoque Sectorial de Salud 40
3. Enfoque Sectorial y Apoyo Presupuestario 75
3.1 Análisis de PAM e Indicadores de Salud 79
4. Conclusiones 82
Listado de Anexos 87
Referencias Bibliográficas 88

Introducción

En Nicaragua, a través de los Foros Anuales de Coordinación de la Cooperación (2002 - 2006) y la Declaración de Managua[1] (2003), se ha venido promoviendo un proceso de formulación y puesta en marcha de los Enfoques Sectoriales (ES) como forma de implementación de las políticas nacionales y sectoriales de desarrollo, y como un mecanismo de armonización y alineamiento de la cooperación externa que actualmente se recibe, con el fin de mejorar la eficiencia e impacto de los recursos tanto nacionales como de la cooperación.

Este documento busca conocer, sistematizar y analizar los esfuerzos realizados a nivel sectorial en temas de apropiación y liderazgo, planificación, gestión, seguimiento y evaluación del enfoque sectorial de salud, vinculando el tema con aspectos de la agenda nacional e internacional de Armonización y Alineamiento (AyA) de la Cooperación Internacional.

El documento se estructura en cuatro capítulos generales. El primero presenta el marco general de la investigación, en donde se han incluido la metodología utilizada para la realización del trabajo, un marco conceptual con los principales conceptos a ser desarrollados a lo largo del documento y un breve contexto que permita delimitar mejor el tema.

En el segundo capítulo, se realiza una sistematización de la experiencia del Enfoque Sectorial de Salud en Nicaragua, abarcando inicialmente los temas de apropiación y liderazgo, planificación, monitoreo y seguimiento en el sector. Luego, se busca proporcionar un panorama general del impacto que el ES de salud ha tenido en los arreglos institucionales del Ministerio de Salud (MINSA) y tratar de valorar la repercusión del ES en la implementación de la agenda de descentralización. Esta sección aborda también los aspectos relacionados a participación y procesos de consulta dentro del sector.

Se continúa en el segundo capítulo haciendo un recuento y análisis de la gestión de la finanzas públicas sectoriales ante los nuevos retos del ES, y finalmente se comenta sobre los temas de coordinación de la cooperación.

Cada uno de los apartados antes descritos cuenta con una sección de lecciones aprendidas que recogen prácticas positivas (y negativas) que pueden servir de guía a nuevos actores y sectores.

El tercer capítulo aborda la relación entre el mecanismo sectorial y el marco más amplio de armonización y alineamiento establecido a través del apoyo presupuestario, sus matrices de seguimiento y dinámicas de trabajo.

Las conclusiones y recomendaciones presentadas en el capítulo cuarto se basan en los resultados obtenidos en el sector después de tres años de implementación del ES de Salud (y más de cinco años de iniciado el proceso de ES en Nicaragua), analizados a partir de la opinión de directivos y técnicos de los sectores, representantes de la comunidad cooperante, y miembros de Organizaciones de Sociedad Civil, así como a través de una extensa revisión documental.

[1] Ver Anexo 1.

1. Marco General

1.1 Metodología de Investigación

Este documento se ha basado en una investigación sobre la implementación del Enfoque Sectorial (ES) de Salud en Nicaragua. El concepto de ES utilizado en el presente se basa en lo establecido por el Gobierno de Nicaragua (GdN) en sus lineamientos nacionales para la Implementación de Enfoques Sectoriales[2] y se ha respetado la delimitación del sector salud empleada por las autoridades nacionales.

Las entrevistas[3] con informantes clave (representantes de donantes, oficiales del gobierno, sociedad civil) han permitido obtener información y valoraciones de primera mano, para contrastar la información preliminar obtenida mediante el estudio de la bibliografía, además de ampliar el enfoque hacia una mayor aplicabilidad de los resultados y recomendaciones.

Como fuentes adicionales de información se han utilizado, análisis de documentación y revisión de documentos, informes, diagnósticos, estudios de casos, previos sobre la situación de los enfoques sectoriales en el país.

La investigación se organizó en las siguientes cinco áreas de análisis:

- Apropiación, liderazgo, política, planes y monitoreo
- Aspectos institucionales y descentralización
- Consultas y participación con otros actores y beneficiarios
- Gestión financiera sectorial
- Coordinación de la Cooperación

Se han revisado también los documentos de políticas, planes multi-anuales, plan operativo anual (POA) 2007, presupuesto 2007 y 2008, reglamentos y actas de las reuniones de mesas y sub–mesas de coordinación sectorial de la cooperación y compromisos formales adquiridos entre el GdN y la cooperación tales como códigos de conducta (CdC) y memorandos de entendimiento (MdE).

El presente trabajo analiza así mismo la vinculación del ES con instrumentos macro de cooperación, específicamente el Apoyo Presupuestario General (APG). Se presenta una revisión y análisis de la relación entre la Matriz de Seguimiento de Apoyo Presupuestario (PAM por sus siglas en Inglés) y los indicadores establecidos por el sector para el seguimiento de la política sectorial de salud.

[2] Elaborados por el Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría Técnica de la Presidencia. Estos lineamientos fueron presentado durante el IV Foro de Coordinación de la Cooperación en noviembre del 2005. Ver anexo 2.

[3] Ver Anexo 3: Instrumento utilizado para la recolección de Información y Ver Anexo 4: Listado de personas entrevistadas y consultadas

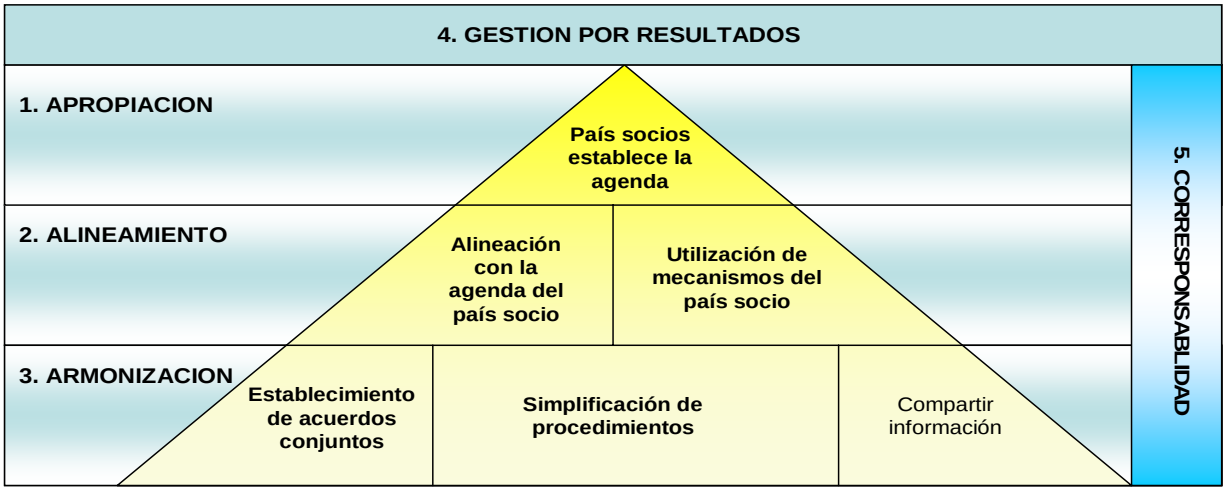
1.2 Marco Conceptual

Armonización y Alineamiento de la Cooperación Internacional

La Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda Oficial al Desarrollo[4] introduce un proceso ambicioso de reforma al sistema de gestión, implementación, monitoreo y evaluación de la AOD, desde una perspectiva integrada basada en un nuevo paradigma en función de cinco principios fundamentales entre los países donantes y los países receptores (Apropiación, Armonización, Alineamiento, Gestión Basada en Resultados y Mutua Responsabilidad).

Bajo el esquema tradicional de la Declaración de París, los lineamientos generales del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico[5] (CAD OCDE), y la revisión de la aplicación de estos principios a nivel nacional se procede a dar una definición ampliada de los principales elementos del proceso de Armonización y Alineamiento de la cooperación en Nicaragua.

Tabla 1- Pirámide de Efectividad de la AOD



Fuente: CAD – OECD

[4] La Declaración de París (http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf), emanada del II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda, realizado en París del 28 de Febrero al 2 de Marzo del 2005. La Declaración de París fue adoptada el 2 de marzo de 2005, por representantes de más de 100 países y organizaciones presentes en el evento.

[5] La OCDE, tiene sus orígenes en la Organización para la Cooperación Económica Europea (OEEC, por sus siglas en inglés), que fue inicialmente establecida en 1944, en París para administrar la ayuda norte americana y canadiense concedida a Europa al finalizar la II Guerra Mundial, bajo la figura del Plan Marshall. A partir de 1961, la OECC se transforma en la OCDE, con la misión de ayudar a sus países miembros (30 hasta la fecha) a alcanzar un desarrollo económico sostenible y mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. En la convención que dio vida a la OECD (París, Diciembre 1960), también se hace un llamado a la organización a asistir la expansión económica de sus miembros en otros países, y de contribuir al desarrollo del comercio mundial de manera multilateral y no discriminatoria.

Apropiación

Apropiación se refiere a la autoridad real y efectiva que los Gobiernos de los países socios receptores de la AOD ejercen sobre la formulación y conducción de sus políticas y estrategias nacionales de desarrollo, incluyendo los recursos externos asignados para su implementación.

Se requiere, acompañar estos cambios con una estrategia (nacional/sectorial o local) de formación, desarrollo y fortalecimiento de capacidades nacionales a fin de asumir eficiente y eficazmente el liderazgo y apropiación deseada.

Apropiación también contempla la implantación o fortalecimiento de normas, procesos y mecanismos de monitoreo, rendición de cuentas y seguimiento tanto de los recursos públicos como de cooperación que permitan ir sustituyendo los procedimientos de la cooperación que de alguna manera han dispersado y debilitado a las instituciones nacionales.

Su logro requiere un esfuerzo concertado por parte de países socios y cooperantes para clarificar y formalizar sus roles y responsabilidades en el marco de esta nueva propuesta de asociación.

Alineamiento

Alineamiento se refiere al compromiso de donantes de canalizar recursos de AOD en función de las estrategias, planes, instituciones y sistemas nacionales de los países socios receptores de cooperación.

En este sentido, el alineamiento llama a la cooperación internacional a respetar las estrategias, canales y procedimientos para la gestión, tramitación, seguimiento y evaluación de la cooperación internacional. Los donantes deberán apoyar a los países socios en la creación o fortalecimiento de capacidades locales para crear sistemas más robustos, eficientes y transparentes, que permitan ir avanzando de manera conjunta hacia modalidades más flexibles de cooperación.

Armonización

Armonización se refiere a la forma como los donantes y organismos financieros implementan buenas prácticas en la canalización de sus recursos de cooperación.

Los donantes deberán ir armonizando paulatinamente sus políticas, procedimiento y prácticas; para racionalizar y coordinar sus múltiples actividades y procedimientos de manera que maximicen la eficacia colectiva de los recursos bajo el liderazgo del país socio.

Gestión por Resultados

Gestión o Gerencia por Resultados es la forma como los países y los cooperantes orientan sus actividades hacia el cumplimiento de metas y resultados comunes. Se habla de la importancia de promover un accionar orientado al cumplimiento de metas y objetivos que sean acordados por todas las partes involucradas en el proceso de desarrollo.

Se pretende con este enfoque pasar de un esquema de condicionalidades tradicionales a una práctica guiada por un nuevo consenso basado en compromisos previamente acordados en base a la viabilidad del cumplimiento de los mismos por parte de los Gobiernos y países receptores.

Mutua Rendición de Cuentas o Corresponsabilidad

Corresponsabilidad es la forma como los donantes y los gobiernos de los países en desarrollo son responsables mutuamente de los progresos en una mejor gestión de la ayuda y en el logro de los resultados de desarrollo acordados.

Esta corresponsabilidad promueve la transparencia de los actores y una relación más horizontal basada en el respeto mutuo.

Enfoque Sectorial (ES)

Según los lineamientos nacionales sobre ES, el Enfoque Sectorial es una estrategia y un proceso de avance en AyA, basada en el desarrollo de un programa sectorial integral acorde con las prioridades de desarrollo del sector, bajo el liderazgo del gobierno, en conjunto con otros actores nacionales relevantes, y mediante un diálogo coordinado con los cooperantes.

Este programa cuenta con un único plan y presupuesto; con mecanismos propios de coordinación, diálogo y negociación con la cooperación liderados por la institución pública que ejerce la función de rectoría del sector.

Como todo proceso de AyA busca lograr que todos los recursos que apoyan a un sector, independientemente de su origen, apoyen la política y los mecanismos de intervención definidos por el Gobierno, bajo su liderazgo, y que se avance hasta la completa gestión de los mismos con los procedimientos nacionales.

En el proceso de avance de un enfoque sectorial caben todas las modalidades de cooperación: proyectos, asistencia técnica, fondos comunes o apoyo presupuestario sectorial o focalizado.

Según el Plan Nacional de Salud (2004- 2015), el Enfoque Sectorial en el Sector Salud, se puede definir como: *"todo o la mayor parte del financiamiento del sector salud que apoya una sola política y un solo programa de gastos para el sector, bajo el liderazgo del Gobierno que acuerda con las agencias de financiamiento externo, la adopción de procedimientos comunes en el sector, progresando hacia el uso de procedimientos gubernamentales para el desembolso y rendición de cuentas de todos los fondos"*.

Programa Sectorial (PS)[6]

En los lineamientos nacionales para la implementación de los ES, se hace una clara distinción entre un Enfoque Sectorial y un Programa Sectorial (PS). El PS, es el marco operativo en el cual se concretan los principios acordados en el enfoque sectorial y cubre todo el sector. Es un

[6] MINREX, SETEC y MHCP, Diagnóstico sobre Enfoques Sectoriales, Noviembre 2005, pp 7-8.

programa especifico, costeado y delimitado en el tiempo, consistiendo en el conjunto de acciones y actividades que van a permitir desarrollar la política, estrategia y el plan sectorial con base en unas metas e indicadores acordados mutuamente.

Frecuentemente se considera que un programa sectorial debe de tener los siguientes elementos:

- Una política y estrategia sectorial del gobierno (o del estado, cuando hay otros poderes públicos involucrados) consistente con el marco estratégico general de desarrollo y reducción de la pobreza.
- Un marco presupuestario de mediano plazo (MPMP), coherente con el plan sectorial.
- Arreglos sistemáticos para la programación de los recursos que apoyan la implementación de la estrategia sectorial.
- Mecanismos de consulta con los beneficiarios y la sociedad civil.
- Un sistema de monitoreo y evaluación que permita apreciar la evolución de los indicadores de desempeño y fortalecer la rendición de cuentas (accountability).
- Un acuerdo sobre el proceso de alineamiento y armonización de procedimientos.
- Un acuerdo de coordinación y diálogo entre cooperantes liderado por el gobierno.

El programa sectorial es un instrumento de planificación y gestión del gobierno. En Nicaragua, el gobierno denomina "Programa Sectorial" a un marco operativo con los cinco primeros elementos antes señalados, independientemente de que exista o esté coordinada la cooperación en el sector[7].

Socios para el Desarrollo

Según el Código de Conducta (CdC) de FONSALUD, socio para el desarrollo son aquellos países y agencias de cooperación firmante del CdC, señalando su compromiso con el liderazgo y fortalecimiento institucional del MINSA, el apoyo exclusivo al Plan Quinquenal de Salud en las acciones que apoyen y sean de competencia del MINSA y del INSS y la relación de confianza y transparencia sobre la que se basará esta nueva forma de asociación.

Fondo Común

Un fondo común (FC) es el conjunto de recursos financieros que varios cooperantes aportan a una misma cuenta. Los procedimientos de gestión de los recursos desembolsados en los FC son únicos. Los FC pueden ser gestionados por el Gobierno, por un cooperante o una entidad contratada para tal fin.

Pueden emplear procedimientos nacionales, del donante o específicos del FC. El FC puede tener la finalidad de financiar total o parcialmente las actividades de un sector u otro programa gubernamental debidamente estructurado.

Apoyo Presupuestario

Apoyo Presupuestario General (APG) consiste en la entrega de recursos de cooperación al gobierno para incrementar su presupuesto, lo que concede la libertad de asignación de fondos

[7] Los puntos 6 y 7 son, en cambio, indispensables para avanzar en el ES.

fungibles al gobierno, incluyendo su uso para la estabilización macro económica y para prioridades económicas generales.

Su ejecución es monitoreada por matrices de indicadores que toman en cuenta la diversidad de los impactos posibles, orientados básicamente hacia las metas esenciales de la estrategia de reducción de la pobreza o plan nacional de desarrollo.

El APG es en teoría la forma más efectiva de alinear la cooperación con las políticas y procedimientos nacionales y de reducir los costos de transacción generados en la gestión de la AOD.

Apoyo presupuestario focalizado (APF), utiliza los mismos mecanismos que el apoyo presupuestario general, pero vinculando los desembolsos al logro de resultados sectoriales, aunque sin una obligación de asignar una cantidad determinada de recursos directamente al sector.

Apoyo presupuestario sectorial (APS) es en el cual los recursos también se canalizan a través de los sistemas de administración financiera pública del país socio, pero asignados al sector (earmarked) y los desembolsos vinculados al logro de objetivos sectoriales.

Marco Presupuestario de Mediano Plazo (MPMP)

Según el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) de Nicaragua, el MPMP contiene los estimados presupuestarios de mediano plazo de los gastos de las entidades y órganos individuales.

La Ley de Administración Financiera y Régimen Presupuestario (Ley 550)[8], ley reguladora de la materia, en su arto. 37 establece:

Que el Presupuesto General de la República (PGR) contendrá como un anexo, un Marco Presupuestario de Mediano Plazo, constituido por proyecciones de al menos los dos ejercicios presupuestarios subsiguiente al ejercicio presupuestario del año que se ha elaborado.

Las proyecciones presupuestarias no tendrán carácter vinculante y deberán contener, como mínimo, una estimación de:

a) Ingresos por Rubros
b) Egresos según tipo de Gastos y Organismo
c) Metas Físicas y de producción de bienes y servicios que se pretenden lograr

[8] Publicada en la Gaceta Diario Oficial de la República el 29 de Agosto del 2005, modificada por la Ley 565, Ley de Reforma a la ley 550, publicada en Noviembre 2005. La Ley 550 y sus modificaciones tiene por objeto establecer el Sistema de Administración Financiera del Sector Público, así como fortalecer su control interno, para contribuir a la eficiencia, eficacia y transparencia en el uso de los ingresos públicos. Así mismo, la Ley tiene por objeto regular los procedimientos relativos a la formulación, aprobación, ejecución, control, evaluación y liquidación del Presupuesto General de la República; así como regular la información de los presupuestos de todos los órganos y entidades del Sector Público.

d) Programa de Inversiones Públicas
e) Programación de Desembolsos Externos, Préstamos y donaciones
f) Descripción de las políticas presupuestarios y criterios que sustentan las proyecciones y los resultados económicos y financieros

El MPMP se define a partir de tres niveles:

- El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), que contiene la declaración de objetivos de la política fiscal y las metas y proyecciones macroeconómicas de mediano plazo.
- El Marco Presupuestario de Mediano Plaza (MPMP) que contienen los estimados del presupuesto de mediano plazo de los gastos de las entidades y órganos individuales
- El Marco de Gasto Sectorial de Mediano Plazo (MGSMP) que desarrollo aún más el enfoque con la desagregación a nivel de programa dentro de cada dirección, proyecto o unidad ejecutora de fondos, que especifica las metas e insumos y resultados de acuerdo a sus prioridades estratégicas

Requiere de una definición “desde arriba” del marco macroeconómico y la estrategia o plan nacional y de una estimación “desde abajo” de los programas y acciones prioritarias y sus costos. Anualmente se debe llevar a cabo un proceso de análisis y negociación para determinar el presupuesto anual y los planes operativos anuales concordantes con el mismo.

1.3 Contexto

La discusión sobre el alcance y efectividad de los resultados de la AOD en los países receptores, así como la eficiencia de la misma, se han convertido en elementos centrales en la agenda internacional de desarrollo.

Existe evidencia de que las políticas de desarrollo y la ayuda no han conducido a los resultados e impactos esperados. La forma tradicional de hacer cooperación mediante proyectos no ha respondido a las demandas y necesidades reales para poder sentar las bases de un desarrollo sostenible.

En términos generales y según lo sostenido por diversos estudios y análisis, el tejido de cooperación que consiste principalmente en proyectos, es muy complejo y fragmentado en términos de sus objetivos, instrumentos, procedimientos y mecanismos institucionales. Por consiguiente, a veces, la articulación de políticas públicas nacionales está más influenciada por los propios instrumentos de ayuda que por objetivos y prioridades bien definidas por los gobiernos socios.

Los excesivos controles financieros para asegurar el buen uso de fondos sobrepasan y dificultan la orientación hacia resultados. Por lo general, los sistemas de evaluación y monitoreo se centran más en controlar la utilización de los insumos que en evaluar los resultados y el impacto producido. La coordinación entre las políticas de cooperación de los distintos cooperantes es escasa y no promueve la armonización en el nivel operativo, lo que encarece mucho sus intervenciones y resta impacto.

En este marco de análisis, el Gobierno de Nicaragua (GdN), con la comunidad cooperante, llevó a cabo un proceso en los últimos cinco años de reflexión sobre cómo definir e implementar las políticas de desarrollo y ayuda externa de una manera más integral y de largo plazo, más coherente, coordinada y complementaria.

En el análisis se estableció que estas políticas deben apoyar la implementación efectiva de las nuevas directrices internacionales sobre cooperación y desarrollo establecidas en:

- Las Metas del Milenio[9], con un enfoque explicito en la lucha contra la pobreza y la promoción del bienestar social.

- El Consenso de Monterrey[10] sobre el financiamiento del desarrollo, que presenta posiciones comunes de la Comunidad Internacional reafirmando la importancia del trabajo conjunto en pro del bienestar global; promoviendo la articulación de mayores recursos en un marco comercial más favorable para los países en vías de desarrollo.

[9] http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?
[10] http://www.un.org/spanish/conferences/ffd/index.html

- La Declaración de Roma[11] y la Declaración de París en donde los representante de la mayoría de los países donantes, se comprometen a alinear la AOD a las estrategias nacionales de los países receptores, así como mejorar sus sistemas de entrega y canalización de los recursos de cooperación. Se comprometen, así mismo en esta declaración, a armonizar las políticas y procedimientos de canalización de la cooperación ente los donantes, e implementar principios de buenas prácticas en la cooperación al desarrollo.

En términos más operativos, y ya en el terreno local, desde el año 2002 hasta el 2006 se realizaron en Nicaragua Foros Anuales de Coordinación de la Cooperación, los mismos han sido una importante plataforma para impulsar de manera general todo el proceso de AyA y más específicamente para promover el desarrollo de los Enfoques Sectoriales.

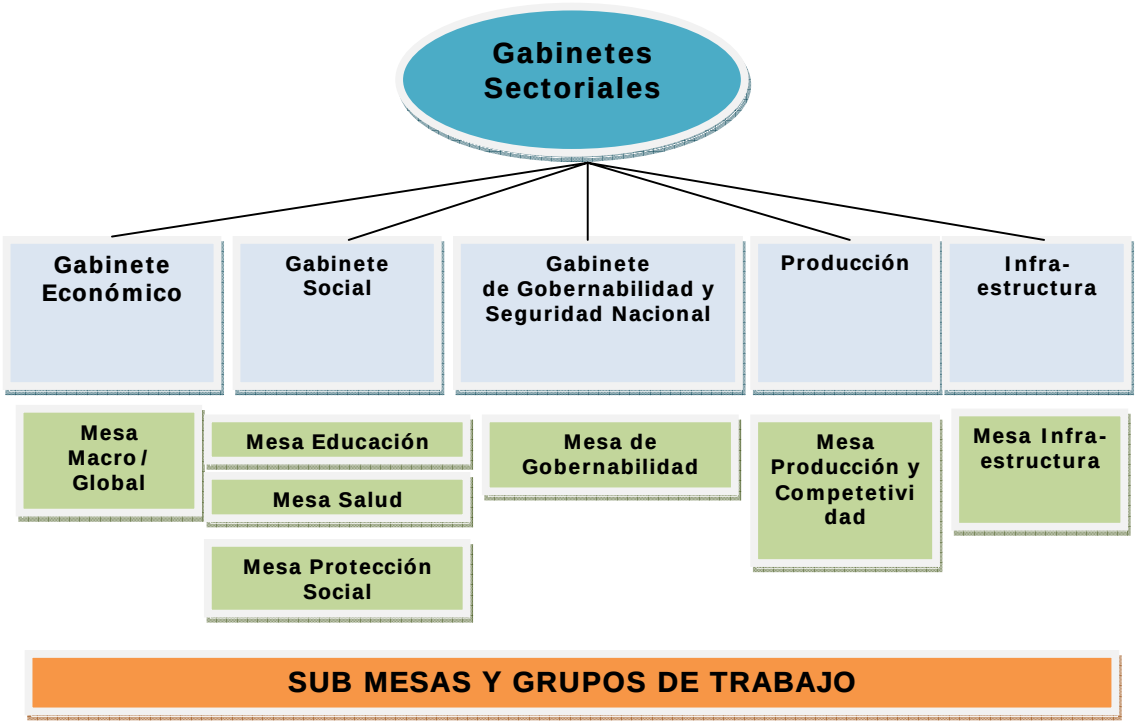
En el I Foro de Coordinación (2002) se determinó la necesidad de establecer un sistema de coordinación y diálogo entre gobierno, cooperantes y sociedad civil sobre temas de cooperación y desarrollo, lo que dio lugar en febrero del 2003 al Decreto Presidencial 71-2003 donde se establecieron las Mesas de Coordinación Sectorial (espacio por excelencia para el impulso de los ES) con el mandato de:

- Arto. 1 – Impulsar un proceso de coordinación interinstitucional que permita definir los objetivos y prioridades de desarrollo económico y social a nivel nacional, territorial, sectorial e institucional.

- Arto. 2 – Como mecanismo inicial del Proceso de Coordinación Interinstitucional, los Ministerios de Estado que coordinan los Gabinetes Sectoriales, establecerán mesas de coordinación, las cuales podrán ser sujetas a transformaciones en el transcurso de su funcionamiento, con el fin de impulsar un proceso de racionalización y optimación en el uso de los recursos internos y externos; proceso al cual deben incorporarse las instituciones que integran el Comité Técnico de Inversiones.

Siguiendo estas instrucciones se crearon seis Mesas Sectoriales (retomado el sistema de organización del poder ejecutivo en gabinetes sectoriales) y una Mesa Global que debía atender asuntos más estratégicos y coyunturales con una participación al más alto nivel de autoridades tanto del gobierno como de la cooperación.

[11] http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome_Declaration.pdf



Fuente: MINREX

Posteriormente en el II Foro de Coordinación de la Cooperación (2003) se aprovechó para realizar una revisión y proponer ajustes al sistema de mesas creado. De igual manera, se marca un importante hito en el desarrollo de ES, debido a que es en este evento en donde se toma el acuerdo inicial de trabajar en Nicaragua bajo esta modalidad.

En octubre de este mismo año, se celebra en Managua una reunión de Grupo Consultivo[12], ocasión que es aprovechada por el gobierno, sociedad civil y comunidad cooperante, para formalizar el trabajo hasta entonces impulsado en el tema de coordinación de la cooperación en la forma de una Declaración de Managua[13], en donde se plasman compromisos mutuos sobre el proceso en marcha e impulso de los ES.

A partir de este momento el trabajo por programa y enfoques sectoriales, fue promovido por los principales ministerios globalistas[14] como una estrategia nacional para avanzar en la planificación, presupuestación y gestión por resultado, así como para el alineamiento y armonización de la cooperación.

[12] Reuniones promovidas a nivel de Latinoamérica por el Banco Interamericano de Desarrollo, para trabajar con los gobiernos y con la comunidad internacional de donantes con el fin de acordar las prioridades para el desarrollo de los países. Estas actividades de programación en los países prestatarios del BID, se llevan a cabo: cada vez que asume un nuevo gobierno, en las Asambleas Anuales del BID, a través de la participación en conferencias y reuniones internacionales y del liderazgo de grupos consultivos para países individuales o para las subregiones.
[13] Ver anexo 1.
[14] En Nicaragua se conocen como ministerios globalistas los ministerios de Relaciones Exteriores, Hacienda y Crédito Público, así como la Secretaría Técnica de la Presidencia y el Banco Central de Nicaragua.

En septiembre del 2004 se celebra el III Foro de Coordinación de la Cooperación Internacional donde se hace una revisión del trabajo de las mesas de coordinación y principales avances en la implementación de los ES. Se conocen en esta ocasión el trabajo realizado en torno a ES en Salud, Educación y Desarrollo Rural Productivo, que eran hasta la fecha los sectores más avanzados en este proceso.

Al año siguiente, en octubre del 2005 se realiza el IV Foro de Coordinación de la Cooperación, en donde se presenta la versión final y se aprueba el Plan Nacional de Armonización y Alineamiento para el periodo 2005 - 2007. Este plan es un instrumento concreto y aplicable tanto a nivel nacional como sectorial, una vez que haya sido analizado y adaptado a las condiciones específicas de cada sector.

Con su implementación se esperaba poder contar con un mecanismo de seguimiento y evaluación de los avances logrados en la materia de AyA, así como del cumplimento de los indicadores acordados a nivel internacional en la Declaración de París.

En el plan se establecen acciones específicas para diferentes áreas, y entre estas destacan las relacionadas al tema de los ES. Se plantea que los ES, deben ser considerados como la estrategia de avance en los compromisos de AyA a nivel sectorial.

Así mismo, en este IV Foro se presenta un diagnóstico general sobre la situación de los ES a nivel nacional, acompañado el mismo de unos lineamientos nacionales para la implementación de los mismos en Nicaragua. Ambos documentos fueron elaborados de manera conjunta por el MINREX, MHCP y SEPRES (antes Secretaría Técnica de la Presidencia, SETEC), hecho que en sí mismo demuestra un gran logro en lo relacionado a coordinación interinstitucional sobre el tema de ES a nivel de gobierno.

En las recomendaciones del diagnóstico realizado, se mencionaba que “Es necesario lograr en un corto plazo resultados concretos en AyA, especialmente en relación a los instrumentos más avanzados como fondos comunes, y reducir drásticamente los requerimientos de la cooperación en indicadores, informes, etc., de manera que se reduzca la presión sobre las instituciones públicas y éstas aumenten su autonomía de gestión. De lo contrario, los enfoques y programas sectoriales pueden sufrir importantes retrasos o incluso paralizarse”[15].

Este tipo de análisis, demuestra que a pesar de los avances hasta la fecha, el trabajo en lo relacionado a la formulación y puesta en marcha de los ES era aún incipiente, y que los retos seguían siendo mayúsculos.

Finalmente, en octubre del 2006 se lleva a cabo el V Foro de Coordinación de la Cooperación Internacional, en donde se presenta un análisis de los cinco años del proceso impulsado, retos a futuro y recomendaciones a los diferentes actores; esto se realizó en el macro de un cambio de autoridades de gobierno, como resultado de la realización de elecciones nacionales a inicios del siguiente mes (5 de noviembre del 2006).

[15] MINREX, Diagnóstico sobre la Implementación del Enfoque Sectorial en Nicaragua, Managua Nicaragua, Noviembre 2005 pp. 31

Se invitó a participar en este evento a los principales candidatos a presidente de los distintos partidos políticos y se hizo todo un esfuerzo (con el apoyo de un grupo significativo de cooperantes) para informar y buscar una transferencia de conocimientos y concientización sobre la importancia del proceso hasta entonces realizado. El esfuerzo buscaba una mayor permanencia de los logros alcanzados y continuidad del proceso con las nuevas autoridades de gobierno.

En el V Foro, también se presentó la línea de base del Plan Nacional de AyA realizada en el mismo año, contra la cuál en el futuro se deberían medir los avances del proceso. La línea de base evaluó 20 indicadores, 9 de los cuales podemos vincular a la implementación y desarrollo del ES.

A continuación se presenta los resultados de estos indicadores hasta la fecha:

Nº	**Indicadores seleccionados**	**Resultado** (año base 2005)	**Meta 2007**
3	% y número de mesas y submesas sectoriales funcionando conforme a los mecanismos, procedimientos y normativas consensuados y aprobados.	**52.94 %** (Mesas funcionando: 4) (Submesas funcionando: 5)	**100 %**
4	% de entidades gubernamentales con el MPMP implementado.	**4.76 %**	**100 %**
6	Número de sectores que implementan un enfoque sectorial y cuentan con un plan integrado de fortalecimiento y creación de capacidades.	**2 sectores**	**4 Sectores**
8	% de los nuevos programas y proyectos que se corresponden con políticas y planes nacionales.	**60.8 %**	**100 %**
10	% de las actuales carteras sectoriales de programas y proyectos que han sido evaluadas y ajustadas a los planes sectoriales.	**0 %**	**50 %**
13	% de incremento de ayuda en apoyo presupuestario sectorial y general, así como en fondos comunes gestionados con procedimientos nacionales.	Dato año base: 920,719,025.19 C$	**50 %** increm.
15	% de las operaciones financiadas por dos o más cooperantes que se rigen por plataformas comunes para informes y monitoreo de desembolsos.	**55 %** (Informes: 60 %) (monitoreo: 50 %)	**50 %**
16	% de miembros de la comunidad cooperante que se integran a plataformas comunes de financiamiento, informes y monitoreo de desembolsos.	**32.1 %** (Informes: 33.3 %) (Monitoreo: 31.0 %)	**50 %**
17	% de incremento en recursos desembolsados a través de financiamientos conjuntos.	Recursos año base: 920.7 mll C$	**50 %** increm.

Fuente: Documento del V Foro de Coordinación de la Cooperación - MINREX, 2006.

Con el cambio de autoridades gubernamentales (la toma de posesión del nuevo presidente y su gabinete ministerial se realizó el 10 de enero del 2007), se han venido haciendo algunos ajustes a todo el esquema antes detallado.

A nivel de políticas globales, actualmente se está trabajando en el desarrollo del Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), mismo que retoma los aspectos fundamentales de sus predecesores (PND 2003 y PND O 2006), poniendo un mayor énfasis en la lucha contra la pobreza y la atención a los grupos más vulnerables.

Se espera que el mismo pueda ser presentado oficialmente en Mayo del 2008. Actualmente, se cuenta con un documento ilustrativo de los contenidos y alcance del nuevo Plan Nacional de Desarrollo Humano, el mismo ha sido presentado con el nombre de "Prioridades del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional".

Sin embargo, para efectos práctico en la actualidad se cuenta con un Programa Económico Financiero (PEF) para el período 2007 – 2010, que retoma los elementos estratégicos del PND-O e incluye nuevos indicadores sociales en adición a los indicadores macroeconómicos con los que se evaluaba el desempeño de los programas anteriores. El PEF es considerado en la actualidad como el principal marco de política nacional, mismo que también ha sido reconocido y aprobado por el directorio del Fondo Monetario Internacional, constituyéndose como la base del nuevo Acuerdo Económico Financiero (2007 – 2010) con este organismo.

En términos generales, las nuevas autoridades de gobierno han expresado su voluntad de continuar con los procesos impulsados de AyA[16] y con la implementación de los ES. Sin embargo, ya sea bien por el cambio de funcionarios (la rotación de funcionarios públicos ha sido muy alta con el cambio de autoridades, práctica histórica que desafortunadamente es bastante común en el país) o por las dinámicas propias, el proceso hasta entonces impulsado ha sufrido un desaceleramiento en términos generales (no así en casos sectoriales particulares como el de Salud y Desarrollo Rural Productivo).

Como un ejemplo de lo anterior es que en el 2007, no se continuó con la práctica de organizar el Foro Anual de Coordinación de la Cooperación, así mismo la mayoría de las Mesas Sectoriales no reportaron mayor actividad.

En esta línea, algunos funcionarios gubernamentales entrevistados, han informado que se planeaba hacer ajustes al esquema de Mesas, adecuando la organización de las mismas en función de las áreas prioritarias establecidas por el nuevo gobierno y presentadas en agosto del 2007 (salud, educación, energía, agua y saneamiento, seguridad y soberanía alimentaria, seguridad social, protección social y especial, trabajo, vivienda digna, fomento de la industria, promoción del comercio, desarrollo del turismo).

Por otro lado, el grupo técnico de seguimiento al proceso nacional de AyA[17] estuvo básicamente paralizado ya que sólo logro reunirse en una ocasión (a finales de año en diciembre del 2007). Está aún pendiente el proceso de evaluación del plan nacional de AyA que vencía a finales del 2007, así como la elaboración de la nueva versión del mismo. Hay información de que se está empezando a trabajar en esta línea, y que se espera que la revisión del plan se retome en formalidad a finales de enero del 2008.

[16] Según memoria de la Primera Mesa Global entre nuevas autoridades de Gobierno y Comunidad Cooperante Nacional, realizada en el mes de Julio del 2007 en el Ministerio de Relaciones Exteriores.

[17] El grupo de seguimiento de AyA, es un grupo técnico conformado desde el 2004, inicialmente con la función de apoyar el proceso de elaboración del Plan Nacional de AyA y posteriormente con la delegación formal de dar seguimiento a la implementación del mismo.

Algunos cooperantes han expresado que ante la falta inicial de un evidente liderazgo del gobierno en el tema, y una posición firme de continuidad del proceso, ha habido una reacción de adormecimiento en el impulso de la agenda y en el cumplimiento de compromisos de armonización. Han expresado que es necesario fortalecer las actividades de coordinación entre donantes, con el gobierno y retomar el trabajo pendiente.

Sin embargo, en áreas o sectores en donde ya se había logrado establecer una mecánica de trabajo y donde ya existían compromisos financieros de por medio (fondos comunes, apoyo presupuestario) los cooperantes jugaron un papel muy importante en la continuidad de su implementación, apoyando el proceso de transición de las nuevas autoridades y poniendo sobre la mesa la agenda acordada a seguir.

En vista de lo anterior, y cambios en las dinámicas de la relaciones y estilo gerencial del nuevo gobierno (existe a nivel central una política de concentración en la secretaría de comunicación de presidencia de la información y fuertes lineamientos en cuanto al tipo de diálogo con sociedad civil y donantes mismos), queda aún por verse como se seguirá desarrollando el proceso nacional de AyA.

2. Sistematización de la Experiencia del Enfoque Sectorial de Salud en Nicaragua

2.1 Situación General del Sector Salud en Nicaragua

- El 45 % de la población del país es pobre y el 15,1% está en extrema pobreza.
- La tasa de fecundidad global es tres veces más alta en el quintil inferior que en el superior.
- La probabilidad la mortalidad infantil es tres veces mayor en el quintil inferior que en el quintil superior.
- La desnutrición crónica es siete veces más probable en el quintil inferior que en el superior. El porcentaje de mujeres desnutridas es cuatro veces mayor en el quintil inferior que en el superior.

Fuente: Datos Encuesta Nacional de Medición del Nivel de Vida (ENMNV) y Encuesta Nación de Demografía y Salud (ENDESA) 2001.

El sector salud está conformado oficialmente por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), de manera que abarca las competencias públicas en materia de regulación sanitaria, prestación de servicios de salud preventivos y curativos a las personas y al medio ambiente y aseguramiento de salud de la población.

Sin embargo, en esta investigación y de acuerdo a la práctica actual en Nicaragua, en el marco del ES de Salud, por sector salud nos estaremos refiriendo básicamente al Ministerio de Salud (MINSA), ya que ha sido este el espacio institucional donde se ha venido desarrollando el tema.

De acuerdo al mandato establecido en la Ley General de Salud no. 423 de mayo del 2002, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) es la entidad normativa para el sector salud. En

adición a esta función normativa, el Reglamento de la Ley 423 determina las responsabilidades a ser implementadas por el Ministerio[18], agrupadas en:

- servicios de salud pública;
- servicios para la protección y prevención de riesgos a la salud;
- servicios médicos de salud dirigidos a la recuperación y rehabilitación del paciente.

El modelo de atención vigente hasta el 2006, fue implantado 1994 y la única valoración del mismo realizada en el año 2000[19] señalaba, entre otros, que no se había logrado la integralidad ya que sólo se logró el abordaje a la mujer y la niñez, iniciándose la atención a la adolescencia sin llegar a formularse la atención a otros grupos poblacionales; hubo falta de coordinación ínter programática, no se articuló la atención hospitalaria con los servicios prestados en el primer nivel de atención, por lo que el desarrollo hospitalario aislado generó barreras de acceso hacia la población vulnerable.

Las valoraciones institucionales identificaron que en el país se estaban desarrollando más de 14 programas y proyectos de salud en el primer nivel de atención, cada uno de los cuales generaba rasgos particulares y no siempre armónicos con el modelo oficialmente aprobado, lo cual estaba generando una anarquía en el desarrollo de los servicios a nivel local.

A través de una evaluación externa contratada en 2003 para estudiar el impacto, limitaciones y aciertos de cada uno de estos programas y compararlos entre sí, se concluyó que con pocas excepciones, el impacto de éstos programas es moderado; los indicadores de desempeño de los establecimientos con apoyo de estos programas fueron sólo levemente superiores a aquellos de los establecimientos estudiados como control.

Además, la evaluación de la Política Nacional de Salud 1997 - 2002, igualmente contratada con una firma externa en el año 2003 reveló que las políticas dirigidas a la modernización del sector salud y a la reforma de la seguridad social presentaron mayores avances. Las dirigidas al fortalecimiento del MINSA, a las nuevas estrategias en salud pública y fortalecimiento hospitalario, si bien es cierto presentaron avances importantes, se observó que por la elevada dispersión de acciones y problemas que se pretendía resolver, no se alcanzaron niveles elevados de cumplimiento, en parte por no haber contado con un plan de implementación de dicha política.

Con base en todo lo anterior se formuló la Política Nacional de Salud 2004-2015 y a partir de ella el Plan Nacional de Salud 2004-2015 que contemplan como lineamientos de política la ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; fortalecimiento de la atención primaria en salud; promoción de la gobernabilidad en el sector salud; consolidación del sistema nacional de salud; fortalecimiento de la capacidad gerencial; desarrollo de los recursos humanos; implementación de estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe y en Municipios Fronterizos. A partir de estos documentos ha sido formulado el Plan Quinquenal de Salud 2005-2009 que se operacionaliza con Planes Operativos Anuales.

[18] Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. Arto. 49.
[19] NICARAGUA. Ministerio de Salud. Análisis del Sector Salud. Managua 2000.

Para lograr dirigir los esfuerzos de transformación de los servicios de salud para enfrentar de mejor manera la situación de salud de la población se ha formulado y se encuentra en proceso de operacionalización un nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), establecido en el reglamento de la Ley 423.

El actual Gobierno ha iniciado un programa destinado a garantizar la gratuidad de los servicios en el sistema público de salud, que conlleva la eliminación del sistema de atención privada y los cobros a la población que demanda la prestación de estos servicios.

Por otra parte, ha iniciado la implementación de un modelo de atención preventiva familiar (en el contexto del MAIS), el cual iniciará un proceso de desconcentración hacia los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y se impulsarán las medidas necesarias para acelerar el proceso de autonomía en las Regiones de la Costa Caribe.

El MINSA cuenta con más de 1,070 unidades de Salud[20] en todo el país y con más de 20,900 empleados (60% cargos propios: profesionales, especialistas y técnicos de la salud y 40% cargos comunes)[21].

Según el informe de las Inversiones en Salud[22] (I semestre y III trimestre del año 2007), la situación actual de salud y su tendencia demuestra la persistencia de altas tasa de mortalidad materna e infantil y de morbilidad específica por enfermedades transmisibles (diarrea, respiratoria, transmisión sexual, VIH SIDA y transmisión vectorial). La mortalidad por enfermedades crónicas y causas externas tienden a incrementarse.

Las causas principales están asociadas a factores estructurales (agua, saneamiento, desnutrición, analfabetismo y accesibilidad geográfica, entre otras causas), sin embargo en el nivel institucional se enfrenta una limitada cobertura y calidad en la prestación de servicios, expresándose en el caso de la mortalidad materna e infantil, en los déficit de prestación de servicios de salud reproductiva, como planificación familiar, control prenatal, partos hospitalarios y puerperio.

Es importante señalar que el sector afronta una coyuntura compleja y difícil, que inicia con una infraestructura hospitalaria deteriorada y sin capacidad para dar repuesta a la creciente demanda de atención primaria; el desabastecimiento de medicamentos y materiales médicos en hospitales y centros de salud es agudo y recurrente; la mayor parte de los recursos humanos están concentrados en la ciudad capital lo que limita la atención en las zonas rurales, y las demandas salariales amenazan con frecuencia el paro de los servicios de la salud, situación que se empeora frente a un presupuesto que escasamente asciende a 3.4 por ciento del PIB.

[20] La red de servicios de salud la constituyen los hospitales, centros de salud y su red de puestos de salud establecidos para un área territorial de influencia y una población determinada.
[21] MINSA, Informe Institucional Anual. 2007 pp. 58.
[22] Presentado en la II Mesa de Coordinación Sectorial del Salud, 29 y 30 de Noviembre del 2007, Managua Nicaragua.

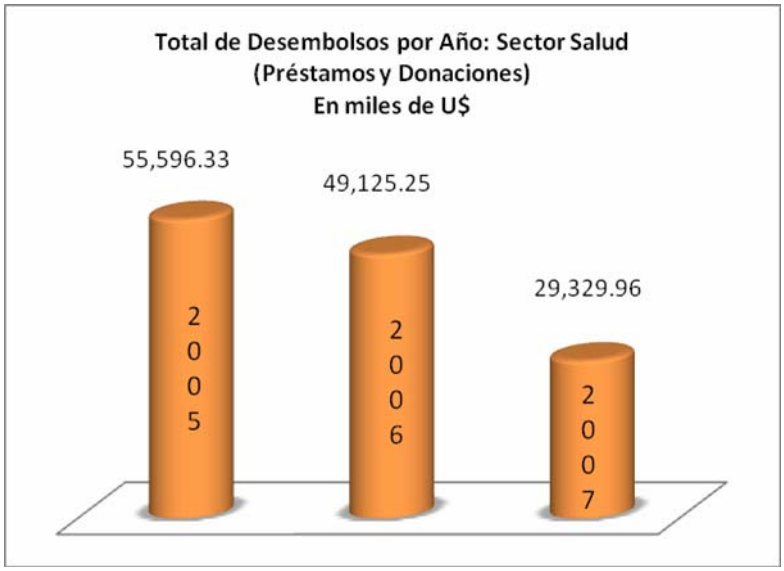
2.2 La Cooperación Internacional en el Sector Salud

La cooperación en el país ha significado a lo largo de tiempo, un importante complemento a los recursos nacionales, tanto a nivel nacional como sectorial. Como promedio nacional en los últimos 10 años se han recibido alrededor de US$ 550 millones de dólares anuales en concepto de AOD (se estima que 50% en la forma de donaciones y 50% en préstamos).

Esto ha significado un promedio de entre el 11 y 15% del Producto Interno Bruto (PIB) para este mismo período. En algunos años la AOD llegó a representar hasta un 20% del PIB. Por otro lado, los recursos de cooperación financian en promedio casi un 70% del Plan de Inversiones Públicas del país.

Existen en el país 43 Agencias y Organismos Oficiales de Cooperación, registrados y acreditados en el Ministerio de Relaciones Exteriores, más de trescientas ONG Internacionales e incalculables ONG nacionales. Lo anterior nos demuestra la variedad de actores interactuando en el panorama nacional de cooperación.

Específicamente para el sector salud y en un marco temporal más reciente, del 2005 a la fecha los flujos de cooperación han sido bastante estables y por el orden de entre 40 y 50 millones de dólares anuales, lo que representa casi un 9%[23] del total de flujos de cooperación para el período.



Fuente: Elaboración propia con datos SysODA

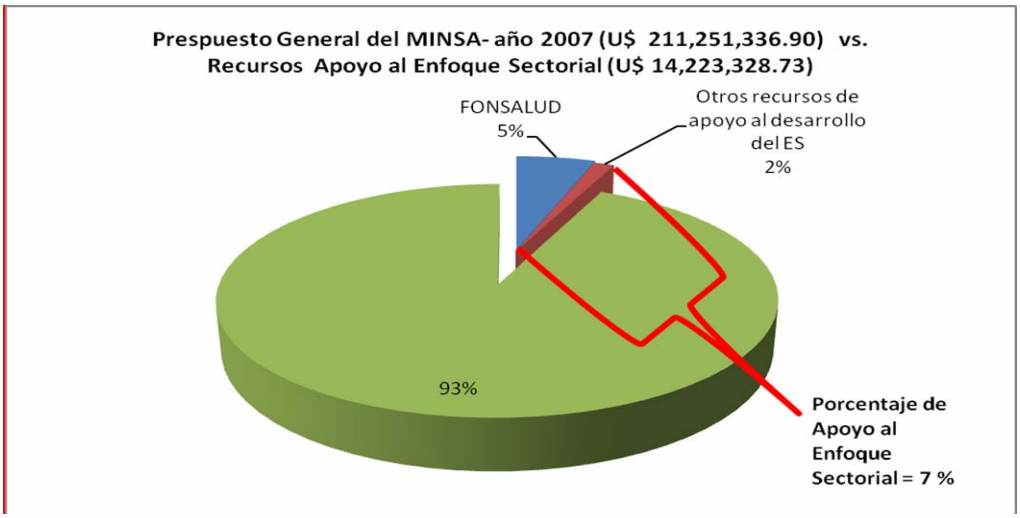
En los datos de la presente tabla no se habían introducido aún, en el Sistema de Información de Ayuda Oficial al Desarrollo (SysODA) del Ministerio de Relaciones Exteriores, las cifras finales de cooperación correspondiente al año 2007, lo explica la diferencia con respecto al año anterior.

Actualmente (año 2007) los recursos de cooperación otorgados al sector son equivalentes a un 25% del total del presupuesto general del MINSA (aproximadamente US$ 738.7 millones de dólares).

[23] Estimaciones hechas en base a flujos anuales de cooperación por el orden de US$ 550 millones.

De esta cifra, los recursos externos de AOD que son otorgados bajo la modalidad de donaciones representan actualmente un 15% y los préstamos equivalen al restante 10%.

Del presupuesto total del MINSA para el año 2007, se reporta que los recursos externos en el marco del ES[24] representa aproximadamente un 7%.



Fuente: Elaboración y análisis propio en base a información financiera presentada para el año 2007 en el Informe Financiero presentado en reunión de la Mesa Sectorial. Noviembre. 2007

Existen una veintena de donantes oficiales actuando de manera sostenida en el sector. Los principales cooperantes históricos son: el Banco Interamericano de Desarrollo, Suecia, Japón y Países Bajos.

La Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID) es un donante muy fuerte del ministerio, sin embargo no se ve reflejada en el presupuesto del MINSA, ya que toda su cooperación para salud es gestionada vía ONG.

De los 20 cooperantes activos en el sector sólo un 10% no participa activamente en la mesa sectorial. Sin embargo, sólo 7 de los cooperantes (40%) han firmado el Código de Conducta y el Memorando de Entendimiento, lo que se ha venido constituye como marco básico del ES de Salud.

[24] Entendiendo como donantes participantes en el ES los que han suscrito al menos el CdC del sector.

Fuente: Elaboración propia con Datos SysODA

La modalidad de cooperación por excelencia en el sector para canalizar los recursos de cooperación ha sido a través de proyectos. Como ya se ha mencionado, del presupuesto total del MINSA los recursos de cooperación representan aproximadamente el 25 % del mismo. Los recursos de cooperación en el marco del enfoque sectorial sólo representan un 7%, lo cual indica que un parte muy significativa de la cooperación del sector se sigue ejecutando por fuera de este marco y mediante modalidades más tradicionales de cooperación, como proyectos.

En el año 2007, el MINSA inició sus operaciones con 159 proyectos conveniados en períodos anteriores y convenios firmados con agencias y organismos de la cooperación[25]. A lo largo del 2007, se firmaron 17 nuevos convenios de cooperación; 3 de asistencia técnica (con la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mejicanos, Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional – JICA – y Banco Interamericano de Desarrollo – BID -), tres con multilaterales (UNICEF, FNUAP, y PNUD), 9 con ONG y 3 convenios institucionales.

Como se observa, el sector tiene un importante número de proyectos en ejecución, que en su inmensa mayoría se operan con requisitos propios de implementación, seguimiento, rendición de cuentas y evaluación.

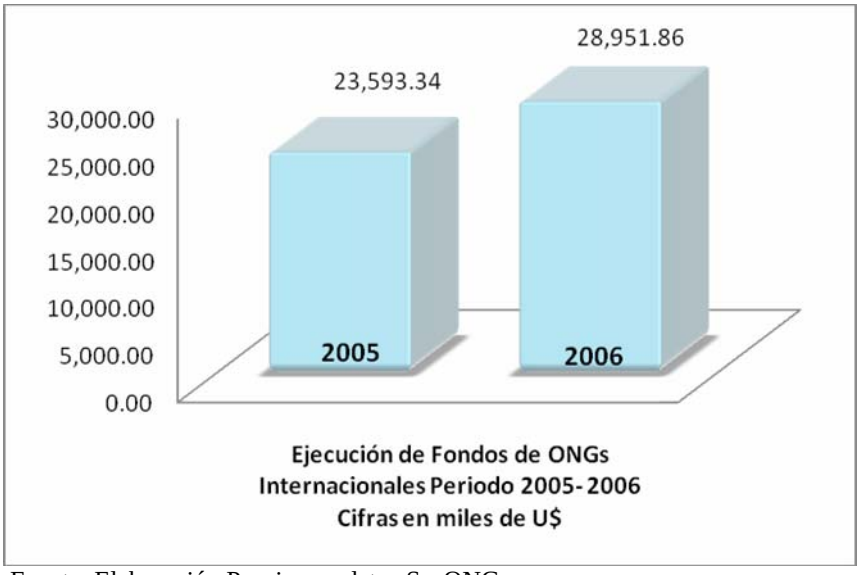
El Gobierno de Nicaragua a partir del 2007 ha tenido la integración y reforzamiento de cooperantes, tales como Brasil, Venezuela, República Islámica de Irán, Corea, Cuba y México; firmando convenios marcos de colaboración y específicos con el Ministerio de Salud de Brasil, Secretaría de Salud de Méjico, Sociedad de la Media Luna Roja de Irán y Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Estos nuevos cooperantes, traerán consigo nuevas formas y modalidades de cooperación, más basadas en relaciones de cooperación técnica, intercambios y programas de formación, que supondrán nuevos retos.

En lo que respecta a ONG, el Sistema de Información de Organismos No Gubernamentales (SysONG), reporta que más de 76 ONG internacionales están trabajando en el sector, con

[25] Informe de Avance del ES, Mesa Sectorial de Salud, Noviembre del 2007.

desembolsos para el período 2005 – 2006 por el orden de US$ 51 millones de dólares. Sin embargo, estos recursos, no son reflejados en el presupuesto institucional.

Durante este mismo período, se registra aproximadamente la ejecución de 209 proyectos en el sector a cargo de ONG internacionales. Desafortunadamente, no se cuenta con información detallada sobre la labor de las ONG nacionales en el sector, así mismo es necesario mencionar que los datos suministrados por el SysONG, son indicativos, debido que es decisión propia de los ONG registrarse en el mismo y mantener actualizada su información.



Fuente: Elaboración Propia con datos SysONG

El sistema de información de ONGs (SysONG) del Ministerio de Relaciones Exteriores, no reporta aún los datos de ejecución correspondiente al año 2007.

Las relaciones de cooperación y coordinación de las principales ONGs con el MINSA, como ya hemos mencionado son más de carácter ad hoc y no hay establecido un mecanismo formal (como en el caso de las mesas sectoriales, espacio en el que las ONGs no participan), sin embargo se realizan reuniones periódicas en las cuáles se trata de abordar este tipo de temática.

En otra línea, el MINSA, en consenso con sus áreas técnicas y jurídicas, SILAIS y otras entidades del Gobierno como el MINREX y la SEPRES está elaborando una nueva normativa del Manejo de la Cooperación Externa, la cual esta supuesta a fortalecer el proceso de implementación de las normas y procedimientos nacionales.

También este año el Gobierno de Nicaragua, a través de la participación directa del MINSA, elaboró un nuevo Plan de Cooperación para los próximos cinco años con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, así como el nuevo plan de trabajo bianual con la Organización Panamericana de la Salud, para el período 2008 – 2009, todo esto en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud.

Un elemento importante, en cuanto al área de cooperación al que aún hay que buscarle solución es que todavía existen fondos que se reciben en especie como donación de insumos, equipamiento y otras modalidades de cooperación que no son registradas en el presupuesto; aún el ministerio de Salud necesita establecer acciones de forma de cómo incorporar estos activos al registro de fondos en el presupuesto.

2.3 Análisis General del Enfoque Sectorial de Salud

Antecedentes Generales del ES

En Nicaragua, los ES en la mayoría de los casos se están desarrollando como procesos que tienen más características institucionales que sectoriales, como es el caso del sector salud en donde actualmente en la práctica el MINSA es el único ministerio participante en el ES, a pesar de los esfuerzos realizado por incluir a otras instituciones del sector como Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), Ministerio de la Familia (MIFAMILIA), Ministerio de Educación (MINED) y Empresa Nacional de Acueducto y Alcantarillados (ENACAL) y otros.

Según lo presentado en el diagnóstico nacional sobre enfoques sectoriales y Lineamientos para la Implementación del los ES en Nicaragua, la lógica de avance en un enfoque sectorial que se ha establecido en Nicaragua es la siguiente:

En este sentido, en Salud, se consideran parte del ES todos las instituciones del gobierno y donantes (socios para el desarrollo) que hayan suscrito al menos el CdC del sector.

Sin embargo, al entrevistar a algunos de los cooperantes firmantes del CdC en el sector, se evidencia que existe una percepción diferente del concepto de ES y de los requisitos necesarios para ser parte del mismo.

Cooperantes e incluso algunos funcionarios del sector con una visión más amplia y flexible del tema, consideran que son parte del ES todos los cooperantes (e instituciones de gobierno) participando activamente en la Mesa Sectorial y cuyos recursos apoyan la implementación de la

política y plan del sector, independientemente de la modalidad utilizada o del cumplimiento de la firma del CdC.

Otros actores menos flexible, mantienen una posición intermedia, ya que no consideran a todos los miembros de la mesa dentro del ES, sólo a aquellos que se han ido acercando al diálogo de políticas con el MINSA, y que estén demostrando esfuerzos por armonizar y alinear su cooperación.

Así mismo, existe una tercera facción más categórica, que ha expresado que sólo los firmantes del CdC y MdE, o sea los miembros de FONSALUD, son los participantes en el ES, haciendo una equivalencia entre FONSALUD y ES.

Esto deja en evidencia, que aún a estas alturas del proceso y de los esfuerzos realizado por el Gobierno en el establecimiento de definiciones y lineamientos generales para los ES, existen por dentro de los cooperantes y el sector mismo diferentes posiciones y lecturas de lo que es un ES, y de cómo se puede participar en el mismo.

El desarrollo del ES debería impulsar un proceso de alineamiento de todos los involucrados en el desarrollo del sector (socios para el desarrollo, instituciones y organismos del gobierno), en el cual se dirijan todos sus esfuerzos a potenciar el abordaje de las prioridades, objetivos, y políticas nacionales de salud, a fin de contar con un efecto sinérgico del accionar de cada socio.

En Nicaragua según los lineamientos nacionales para la implementación de los enfoques sectoriales, las condiciones ideales para que se pueda implementar un Enfoque Sectorial debe contemplar que el sector cuente con:

- Una política y objetivos claramente definidos,
- Un plan operativo de medio término (3-5 años) y
- Un programa realista de gastos lógicamente vinculado en línea con las prioridades nacionales de reducción de la pobreza y respaldado por MPMP.

Haciendo un recuento que se apegue a la lógica antes enumerada, el MINSA en el proceso de su fortalecimiento institucional formuló en el año 2003 – 2004 una Política Nacional de Salud y un Plan Nacional de Salud, ambos con un alcance hasta el año 2015. Una vez aprobado el plan, se procedió a hacerlos más operativo con la formulación de un primer plan quinquenal para el periodo de 2005 – 2009, en el que se sentaron las bases de la rectoría del MINSA, para en un segundo periodo fortalecer el carácter sectorial.

El Plan Quinquenal de Salud (PQS) para 2005- 2009 contempló el costeo de sus intervenciones, a fin de estimar la disponibilidad de recursos de diferentes fuentes y las brechas de tal manera que sirviera de base para la negociación de cooperación externa. Además, el PQS ha sido operacionalizado por planes operativos anuales (POA).

Con la entrada en vigencia de la Ley de Administración Financiera y Régimen Presupuestario, Ley 550, se establece el uso del MPMP, con alcance de tres años a ser actualizado anualmente con detalles, en el que se fijan techos para el período. Esta modificación debe obligar a

replantearse la programación quinquenal y acoplarla con la del Mediano Plazo utilizada por el Gobierno.

El PQS, está pasando por un período de ajustes ya que se está sometiendo a una evaluación de medio término. Se planea en función de los resultados de esta evaluación y del marco macroeconómico establecido por el nuevo programa económico financiero (PEF) poder realizar una revisión de prioridades y ajustes de indicadores de seguimiento e impacto, que permitan una mayor coherencia entre el nivel sectorial y el nivel central.

En el 2007 se elabora el marco del presupuesto de mediano plazo de salud 2008- 2010 que en conjunto con el plan anual de salud serán las herramientas que facilitaran la organización de la gestión para trabajar en función de resultados, para de esta forma medir el cumplimiento de los indicadores intermedios en salud, vincular el plan al presupuesto, fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación así como para actualizar y adecuar el plan quinquenal de salud.

Se trabajó a partir de lo anterior en el Marco de Gasto Sectorial de Mediano Plazo (MGSP) 2008- 2010 del sector salud, que pueda irse ajustando a las nuevas dinámicas y requerimientos del sector. En este MGSP, el objetivo final perseguido es la desagregación a nivel de programa dentro de cada dirección, proyecto o unidad ejecutora de fondos, que especifica las metas e insumos y resultados de acuerdo a sus prioridades estratégicas.

Mecanismos, instancias e instrumentos del Enfoque Sectorial de Salud

En el marco de la rectoría que ejerce el Ministerio de Salud en las acciones de salud pública, el MINSA ha avanzado en el desarrollo del ES, (como se ha mencionado anteriormente más como un proceso institucional que sectorial).

Con esta finalidad se han desarrollado a nivel institucional y sectorial diferentes mecanismos, instancias de diálogo e instrumentos operativos para la puesta en marcha del ES.

Mesa Sectorial de Coordinación del Sector Salud

Es el espacio de coordinación, armonización y diálogo permanente para la implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas del sector salud, integrado por el sector gubernamental y SPD de acuerdo a los temas prioritarios y de interés.

Según lo establecido en su Manual de Funcionamiento[26], aprobado en Noviembre del 2004, el objetivo general de la Mesa Sectorial de Salud es promover y facilitar, bajo el liderazgo del MINSA, el diálogo sobre el estado de salud de la población mediante la armonización de los esfuerzos para la implementación de la política y el plan nacional del sector.

[26] Ver Anexo 5

La mesa cuenta con la participación de 13 instituciones de gobierno[27], 13 miembros de la Comunidad Donante[28], 5 agencias del Sistema de Naciones Unidas[29] y 2 Instituciones Multilaterales Financieras[30].

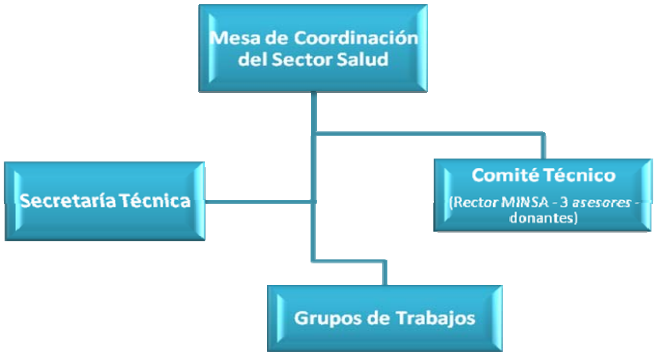
En la práctica las instituciones de gobierno que participan regularmente son el MINSA, MINREX, MHCP, SEPRES y ocasionalmente el INSS, MINED y MIFAMILIA.

Por parte de la comunidad cooperante los miembros bilaterales más activos son Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID, Agencia de Cooperación Española-AECI, de Austria, Embajada Real de los Países Bajos, Embajada de Suecia (ASDI), Embajada de Finlandia y Japón.

A nivel de Sistema de Naciones Unidas, las agencias que participan de manera más periódica y sostenida en este espacio son la Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS en Nicaragua, el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.

A nivel de bancos de desarrollo, tanto el Banco Interamericano de Desarrollo, como el Banco Mundial, participan de manera muy activa en la Mesa de Salud.

La mesa está estructurada de la siguiente manera:



27 Consejo Regional Autónomo-RAAN, Consejo Regional Autónomo-RAAS, Empresa Nacional de Acueductos y alcantarillados-ENACAL, Fondo de Inversión Social de Emergencia-FISE, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social-INSS, Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal-INIFOM, Ministerio de Salud- MINSA , Ministerio de La Familia-MIFAMILIA, Ministerio de Educación-MINED, Ministerio de Relaciones Exteriores-MINREX/SREC, Ministerio de Hacienda y Crédito Público – MHCP, Secretaría de la Presidencia -SEPRES.

28 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID, Agencia de Cooperación Canadiense-ACDI, Agencia de Cooperación Española-AECI, Comisión Europea (UE), Embajada de Austria, Embajada Real de los Países Bajos, Embajada de Suecia (ASDI), Embajada de Finlandia (FINIDA), Embajada de Noruega , Embajada del Japón (JICA), Embajada de Alemania Representado por GTZ, Gran Ducado de Luxemburgo (Lux-Development), Ministerio Británico para el Desarrollo-DFID.

29 Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS en Nicaragua, Fondo de, Población de las Naciones Unidas-UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, Programa Mundial de Alimentos-PMA.

30 Banco Mundial-BM, Banco Interamericano de Desarrollo-BID.

La mesa en pleno, debe principalmente coordinar, armonizar y promover la sinergia de acciones, entre las instituciones y organismos participantes, independiente al mecanismo de financiamiento, de acuerdo a la Política y Plan Nacional de Salud.

Así mismo, debe analizar, dar seguimiento y evaluar de forma conjunta la implementación del Plan Quinquenal y Anual, así como dar sugerencias para mejorar el cumplimiento de los resultados e indicadores definidos en dichos planes.

Adicionalmente, deberán promover la participación efectiva de los miembros de la Mesa de Coordinación del sector salud en la elaboración del análisis de situación del sector salud y elegir a los integrantes en el Comité Técnico, Secretaría Técnica y Grupos Trabajo.

Comité Técnico, que tiene un papel de asesor y es elegido en el seno de la Mesa de Coordinación del Sector Salud, está conformado por un coordinador general (director de planificación y desarrollo del MINSA), tres representantes de los cooperantes, el secretario técnico (secretario técnico del ES en el MINSA, que forma parte de la dirección de planificación y desarrollo), MINREX y dos miembros de instituciones del estado, los que en teoría deberían reunirse mensualmente.

En el manual se establece que la coordinación general de dicho comité estará a cargo del Ministro o su delegado. Los otros miembros serán elegidos por los integrantes de la Mesa de Coordinación del Sector Salud y estará conformado por tres representantes de los cooperantes incluyendo el enlace, que serán electos al inicio de cada año.

El enlace de donantes, es un representante del grupo de donantes que participa en la mesa del sector, que debe entre otras cosas dar seguimiento a los compromisos de los diferentes SPD en la Mesa y en los grupos del trabajo del Sector.

En los dos años anteriores el rol de enlace lo había asumido la representación de Países Bajos, recientemente en la última reunión de la Mesa realizada en noviembre del 2007, se oficializo el cambio de enlace a Suecia, quien a su vez también participa en el Comité Técnico de FONSALUD (ver descripción más abajo) en representación de las agencias bilaterales.

Las principales funciones de este comité son:

- Contribuir al desarrollo de los procesos institucionales, en coordinación con el nivel central y los niveles locales del Ministerio de Salud y otras instituciones del sector.
- Hacer las recomendaciones pertinentes a la Mesa de Coordinación del Sector Salud, acerca de los Planes y políticas del sector.
- Coordinar los temas de presentación a realizarse ante la Mesa de Coordinación del Sector Salud, así como monitorear, evaluar y actualizar las actividades planteadas y realizadas en el marco de la Mesa de Coordinación del Sector Salud.
- Promover la coordinación entre agencias cooperantes e instituciones públicas y privadas del sector salud, para desarrollar temas de interés común y fortalecer las relaciones intersectoriales.

Secretaría Técnica, dirigida por el Director General de la División de Planificación y Desarrollo, y compuesta por funcionarios técnicos de dicha División General, de acuerdo a las siguientes funciones:

- Realizar el seguimiento y difusión de las actividades derivadas de los planes sectoriales, convocatoria de eventos, apoyo técnico y logístico que requieran las actividades de la Mesa de Coordinación del Sector Salud.
- Elaborar agenda de las sesiones de trabajo en coordinación con el Comité Técnico, y darla a conocer a todos los participantes.
- Facilitar el apoyo técnico y organizativo, dar seguimiento a las actividades de conformidad a los acuerdos pactados en cada reunión, al igual que dar seguimiento al avance de los Grupos de Trabajo.

Grupos de Trabajo (ad-hoc) coordinados por el MINSA y conformados con la finalidad de constituirse en espacios de debate y acción de los especialistas en los temas asignados, cuyas conclusiones y recomendaciones deben ser elevadas a la esa de Coordinación del Sector Salud, estos serán presididos por un responsable, elegido por la misma. .

En el 2007 se inició el funcionamiento de los grupos de trabajo, a fin de dar seguimiento a los resultados de las intervenciones en salud y a las necesidades y requerimientos del sector. Se conformaron tres grupos iniciales de trabajo:

- Economía y Salud, desarrollando el tema de auditoría financiera, en el que se dio seguimiento a la auditoria del año 2006.
- Salud Pública y respuesta organizada a los problemas de salud, desarrollaron trabajos en relación a los ODMs en donde se revisó el año base y las metas para el 2015.
- Conducción Sectorial, descentralización, participación social y gestión institucional, en donde se dio inicio a la evaluación de medio término del Plan quinquenal de salud 2004 – 2009.

Actualmente, para el año 2008, la mesa plena del sector designo tres nuevas áreas de trabajo: recursos humanos, medicamentos y tecnología.

Frecuencia de reuniones

Los términos de referencias de la Mesa Sectorial contemplan que ésta debería de reunirse tres veces por año, sin embargo el MINSA ha decidido reconsiderar lo establecido y ha realizado para el año 2007 únicamente dos reuniones.

Se ha expresado que a partir de ahora se realizaran solamente dos reuniones ordinarias por año; una será la revisión anual de sector y que la otra será para la presentación de trabajo a realizar el próximo año.

Lo anterior, busca simplificar, el esquema y disminuir la cantidad de reuniones, ya que toma mucho tiempo para el MINSA y los SPD prepararse para cada reunión. La introducción del

comité técnico debería de facilitar estos aspectos y aportar a la reducción del número de reuniones de la mesa.

Código de Conducta

El código de conducta (CdC) que define las relaciones entre el Gobierno de Nicaragua por medio del MINSA y los SPD del sector salud fue aprobado en enero del 2005[31]. Cabe mencionar, que en Nicaragua, este fue el primer CdC firmado en el proceso de impulso de ES.

El CdC, que es un compromiso de carácter ético, define las buenas prácticas de relaciones entre el Ministerio y los SPD, mediante la coordinación, armonización, alineamiento y transparencia de la cooperación, buscando que responda a las prioridades del país y a los compromisos internacionales adquiridos por el Gobierno de Nicaragua, expresadas en las políticas y planes del MINSA y el GdN, optimice la efectividad de los recursos. Es para algunos el paso para que expresa oficialmente la voluntad de empezar a formar parte del ES de Salud.

El proceso de formulación y negociación del CdC en el sector tomó más de un año de trabajo, continuas reuniones y fuertes procesos de negociación tanto de las autoridades del sector con los cooperantes, como entre los cooperantes mismos.

El nivel de conocimiento sobre el tema en general era muy limitado por ambas partes y las posiciones sobre cómo llevar a cabo el proceso muy distintas en un inicio.

Se invirtieron una importante cantidad de recursos en la etapa inicial, principalmente en la contratación de consultores externos (algunos internacionales) con experiencias previas en otros países de procesos similares, lo que de alguna manera influenció todo el proceso de desarrollo y el modelo de ES a seguir en el sector.

La lógica de avance en los ES de un CdC como pre requisito para luego moverse hacia un MdE que diera vida a un Fondo Común nace de esta etapa y no se puede dar todo el crédito de esta lógica a las autoridades nacionales.

En el inicio del proceso de formulación del CdC, hubo mucha influencia de los donantes más fuertes del sector, quienes ya contaban con experiencias previas de ES en África principalmente. Esto en ocasiones ayudo al proceso y en otras afectó el ritmo de avances por rivalidades entre donantes con experiencias (o agendas) diferentes.

Las autoridades sectoriales, que por otro lado no tenía ni los conocimientos ni los recursos necesarios para llevar adelante el proceso con el liderazgo y apropiación necesaria, muchas veces se vieron envueltos en situación en la que su principal actuación se limitaba a ser una especie de "referee" entre donantes, sin capacidad de establecer agenda propia.

Para agravar más este panorama, el sector no contó con el apoyo debido de los ministerios globalistas. En esta etapa se vertieron muchas críticas tanto de las autoridades sectoriales como

[31] Ver Anexo 6.

de los donantes mismos por la ausencia y falta de lineamiento del MHCP, SETEC y en menor grado MINREX.

Esto provocó que algunos cooperantes se sintieran excluidos del proceso y que entendieran la firma del CdC como un proceso que forzosamente llevaba al establecimiento posterior de un fondo común y que se asociara directamente ES con esta modalidad de cooperación.

Muchos de los cooperantes no podían en ese momento (o actualmente!) comprometer sus recursos a una modalidad de fondo común, pero sí pudieron haber asumido compromisos mayores en términos de armonización y alineamiento de sus proyectos. Hay quienes consideran que esto fue oportunidad desaprovecha y que quedó reflejada en el número reducido de firmantes del CdC.

Existe actualmente la posición tanto entre los actuales firmantes del CdC como en las autoridades del sector, que es necesario llevar a cabo un proceso de revisión y una nueva "cruzada" destinada a hacer del CdC un instrumento más amplio y de uso más generalizado entre los cooperantes del sector que permita fortalecer el proceso de AyA y del ES.

En esta misma línea quedó en ese momento y sigue aún pendiente el establecimiento de un mecanismo para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los compromisos asumidos en el CdC, se sigue observando poco coincidencia entre lo planteado y acordado en el CdC así como una estrategia real y aplicable de adición de nuevos miembros, ya que en la actualidad los cooperantes participando en el mismo es inferior al 35% del total participando activamente en el sector.

En enero del 2005 se adhirieron al CdC Suecia, Finlandia, Países Bajos, Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Posteriormente, se han adherido al mismo, Austria en el 2006 y durante el 2007 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID).

El CdC se conforma de una sección introductoria, objetivos, principios de colaboración, compromisos conjuntos, instancias de coordinación y comunicación para la ejecución del enfoque sectorial en salud y un mecanismo anexo de adhesión de nuevos socios.

En el CdC se dejan establecidas las instancias básicas de coordinación para la ejecución del ES de Salud:

Secretaría Técnica del Enfoque Sectorial (STES)

La STES es una instancia funcional dentro del MINSA, conformada por personal de dicho ministerio, que depende de la Dirección General de Planificación y Desarrollo (DGPD), y cuyo Director será nombrado por la máxima autoridad de esta institución.

Las funciones de la STES tienen que ver con el impulso del Enfoque Sectorial para el sector salud y el cumplimiento de los compromisos del MINSA en relación al mismo sin sustituir en

ningún caso a las unidades institucionales dentro del ministerio responsable de cada uno de estos compromisos.

El Consejo Nacional, los Consejos Departamentales y Municipales de Salud

Estos consejos funcionarán como órganos de comunicación, asesoría y consulta con los gobiernos locales y sociedad civil. El Ministerio de Salud, debe velar para que estas instancias participen activamente en la formulación de políticas y en el seguimiento y evaluación de su implementación.

Se habla entre los cooperantes y las autoridades del MINSA de la necesidad de revisar y ajustar el CdC en el 2008, como parte de los cambios necesarios en el nuevo marco de planificación y presupuestación sectorial, para que el CdC se ajuste a las nuevas realidades y necesidades sectoriales. Esto sería complementario al trabajo de revisión y ajuste del PQSy al nuevo proceso de formulación del plan multi-anual del sector en base a los requerimientos establecidos en el MPMP.

El Memorandum de Entendimiento (MdE)

El MdE, según la práctica en Nicaragua es un instrumento administrativo que define los antecedentes, principios y acuerdos del mecanismo de fondo común.

El Memorandum de Entendimiento entre el Gobierno de Nicaragua representado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Salud y los Socios para el Desarrollo del sector salud en relación al Fondo Nicaragüense para la Salud (FONSALUD) fue firmado en agosto del 2005[32]. Al igual que con el CdC, el MINSA abrió brecha en el país, al formalizar el primer MdE (relativo a los ES), abriendo camino a otros sectores que luego utilizaron la experiencia de salud para avanzar en esta línea.

El proceso de formulación y negociación de este documento fue más rápido y ágil que el de su predecesor (CdC). Sin embargo, se enfrentaron problemáticas similares en cuanto a posiciones encontradas entre cooperantes, limitaciones institucionales (de ambos actores) y tiempos diferenciados.

El principal reto lo representó la negociación con los bancos (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo), quienes presentaban los mayores problemas para poder ajustarse a los mecanismos comunes de ejecución, monitoreo y evaluación propuestos para implementar FONSALUD.

Finalmente y luego de un cansado proceso de negociación el BID no pudo suscribir el MdE y entrar a formar parte de FONSALUD, no así el BM que si firmó el MdE, pero insistió en mantener condiciones diferenciadas para el manejo de su préstamos en ciertas áreas (auditorías, algunos informes especiales y uso de procedimientos para licitaciones entre otros), lo que de alguna manera causó en su momento y sigue causando hasta la fecha incomodidad entre los otros firmantes del MdE que se han ajustado a lo acordado.

[32] Ver Anexo 7.

Es la intención del MdE servir como instrumento para la aplicación del Plan Nacional de AyA en el sector salud y para la coordinación del apoyo de los socios para el desarrollo signatarios y otros SPD que en un futuro deseen proporcionar su apoyo al PQS canalizando su financiamiento a través de FONSALUD.

Según el arto. 2: "es un mecanismo financiero para apoyar el Plan Quinquenal del ministerio de Salud, cuyos recursos son gestionados por el MINSA de acuerdo a las leyes y procedimientos nacionales".

El MdE fue firmado inicialmente por Austria, Finlandia, Países Bajos, Suecia y Banco Mundial, y posteriormente se han adherido el UNFPA y AECI.

En este memorandum se establecen las reglas comunes del mecanismo de financiamiento del PQS denominado FONSALUD, que utilizaran en común todos los socios de FONSALUD, así como servir marco de diálogo permanente para las revisiones conjuntas de desempeño y procedimientos sobre planificación, desembolsos, adquisiciones, evaluaciones, y auditorias.

Los socios firmantes del MdE y de FONSALUD han llegado a un acuerdo sobre procedimientos comunes para consultas y tomas de decisiones, mecanismos de desembolso, monitoreo, revisión y evaluación, auditorias, administración financiera, informes e intercambio de información, según lo reflejado en el MdE. Estos procedimientos se describen en el manual de funcionamiento del FONSALUD.

Al igual que lo antes mencionado sobre la necesidad de revisar a lo largo del 2008 el CdC, se plantea una situación similar en cuanto al MdE, que tendrá que iniciar un proceso de ajuste a las nuevas dinámicas sectoriales.

En este proceso de revisión, se deberá también analizar y tratar de resolver algunos aspectos del MdE señalados en el Diagnóstico de Enfoques Sectoriales ya antes citado. Algunos de estos aspectos se enumeran a continuación:

- En ocasiones los MdE introducen temas no directamente relacionados con la modalidad de cooperación. Estos aspectos se traslapan con los CdC y restan claridad a la función del MdE.
- Los MdE establecen significativas excepciones a los procedimientos comunes, lo que reduce su eficacia como instrumento de operativización de una modalidad de apoyo programática.
- Se incluyen en los MdE condiciones para los desembolsos cuyo cumplimiento no depende del sector.
- Los MdE están excesivamente reglamentados.

FONSALUD

FONSALUD es un fondo común, que es una de las modalidades de cooperación establecidas en el marco del ES. Como ya se ha explicado antes, también se consideran parte del ES préstamos y donaciones que se alinean y apoyen la implementación del PQS.

FONSALUD, a pesar de tener su marco operacional anclado en el MdE, se formaliza con convenios bilaterales entre el MINSA y cada una de las agencias integrantes del Fondo. En este sentido, para el año 2007 finalizan los convenios de financiamiento a FONSALUD de Austria y Finlandia. Se están llevando a cabo negociaciones bilaterales con estos cooperantes en busca de la continuidad de sus aportaciones.

En relación al apoyo del UNFPA, este se define de manera anual, y sus respectivos desembolsos se confirman en la reunión anual de FONSALUD. En el caso específico de Suecia (país que retira oficialmente su cooperación de Nicaragua en el 2009) ha expresado su continuidad de apoyo al sector a través de FONSALUD hasta la finalización del convenio (2009).

A pesar que el convenio de préstamos del Banco Mundial (incluido dentro de los fondos de FONSALUD), tiene vigencia hasta el año 2009, el MINSA ha manifestado que el BM le ha notificado que reestructurará su apoyo, probablemente en la forma de apoyo presupuestario, saliéndose así del marco establecido en FONSALUD. Esto sucederá a lo largo del 2008.

Según datos del MINSA, para el año 2007 el financiamiento de FONSALUD al presupuesto fue significativo, representando un monto total superior a los US$14.00 millones de dólares , de los cuales más del 28% financiaron gasto corriente y el restante 72% apoyo el gasto de capital del programa de inversión pública.

El hecho de que los fondos de FONSALUD sean de libre disponibilidad para el MINSA, le permite al ministerio utilizar parte de los fondos para cubrir gasto corriente, algo que con los proyectos tradicionales no es posible (o más bien aceptado), lo que en muchas ocasiones llevaba a las autoridades a utilizar artificios contables para justificar este tipo de gasto con los cooperantes, aunque en muchas ocasiones ambos actores (autoridades y cooperantes) sabían que la realidad de ejecución de los fondos no era estrictamente la presentada.

En el manual de funcionamiento de FONSALUD[33] (Anexo 2 del MdE) se describen los aspectos básicos y esenciales de funcionamiento de FONSALUD a partir del desarrollo articulado del MdE. En el mismo, se establecen una serie de instancias encargadas del desarrollo e implementación de FONSALUD, además de las ya referidas en el CdC.

[33] Ver Anexo 8.

Comité de FONSALUD

El Comité es la instancia de consulta y negociación de FONSALUD y sus atribuciones son las siguientes:

- Aprobar los términos de referencia de auditorías, evaluaciones externas y reuniones de FONSALUD.
- Aprobar y monitorear el plan de desembolso de los socios de FONSALUD
- Analizar los POAs y los Informes de evaluación de progreso del Plan Quinquenal
- Analizar el flujo de ingreso y el plan de gasto para la ejecución del POA
- Analizar los informes de seguimiento administrativo financiero y adquisiciones sobre la ejecución de FONSALUD
- Proponer recomendaciones que puedan mejorar la efectividad del uso de los recursos de FONSALUD
- Proponer modificaciones al MdE tomando en cuenta el arto. 57 de la sección 11 del MdE

Forman parte de este comité MINREX, MHCP, SEPRES, MINSA, países donantes y agencias de cooperación firmantes del MdE.

Otras instancias de Diálogo y Coordinación nacionales con vinculación al Proceso de AyA

Mesa Global

La Mesa Global forma parte del esquema nacional de mesas de coordinación establecido por el Decreto Presidencial 71- 2003, anteriormente mencionado.

La Mesa Global está conformada por las más altas autoridades de los ministerios globalistas (MHCP, MINREX y SEPRES) y representantes de las agencias y organismos de cooperación acreditados en el país.

Esta instancia se reúne teóricamente cada dos meses y desarrolla una agenda eminentemente política y aborda temas más de carácter coyunturales. Sin embargo, es la instancia a la cual se deben informar sobre el avance del proceso nacional de AyA, así como los avances puntuales a nivel sectorial.

Sin embargo, la vinculación entre la mesa global y las distintas mesas sectoriales no es aún muy fuerte o clara. Se siguen haciendo aproximaciones de un mecanismo de interrelación y definición de niveles y tipo de información que entre ambos esquemas debería de existir.

Mesa de Donantes y Reuniones de Cooperantes del Sector

Inició su funcionamiento en 2003 como una mesa global de donantes, que era una instancia para el intercambio de información entre la comunidad cooperante y trataba de producir información ejecutiva para sus miembros, preparar posiciones comunes para el diálogo con el Gobierno, elaborar propuestas y recomendaciones para impulsar la implementación del Plan de Acción

Nacional de AyA y evaluar las contribuciones de la comunidad cooperante con respecto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Actualmente cuenta con un sistema de "quinteto" de presidente saliente, presidente electo y presidente entrante, un representante de los bancos de desarrollo para su conducción así como con una secretaría técnica ejercida durante los últimos dos años por el Sistema de Naciones Unidas (SNU).

La mesa se reúne bi-mensualmente y de manera extraordinaria para tocar temas específicos. La mesa cuenta con una secretaría técnica (llevada hasta la fecha por el SNU) y mantiene una agenda de temas estratégicos y de seguimiento a las iniciativas nacionales de AyA. Es la contraparte formal de la Mesa Global en lo concerniente al establecimiento de la agenda de trabajo y reuniones.

A nivel del sector salud, se está trabajando desde finales del 2007 en restablecer un espacio de diálogo entre donantes más amplio, en el cuál puedan participar más activamente todos los cooperantes más allá de FONSALUD y el firmantes del CdC. Esto como respuesta a la concentración del diálogo y esfuerzos del sector en el proceso de estableciendo de FONSALUD y aparente olvido del esquema más amplio de coordinación entre todos los donantes.

Se está tratando de abrir más la coordinación interna de donantes y ampliar la discusión sobre el tema de eficacia de la ayuda en el sector. Se está organizando un primer encuentro sólo de donantes del sector con una agenda que abarque temas comunes y posibilidades de una mayor coordinación interna.

Grupo de Seguimiento de AyA

El grupo fue conformado oficialmente en el 2005 por resolución de la Mesa Global, para el seguimiento del plan nacional de AyA. El grupo es liderado y coordinado por la Secretaría de Relaciones Económicas y Cooperación (SREC) - MINREX, y cuenta además con la participación en el ámbito gubernamental del MHCP, SEPRES (instancia encargada de la tareas nacionales de planificación) y dos diputados de la Asamblea Nacional.

El grupo también cuenta con la participación de dos delegados de sociedad civil y seis cooperantes; SNU, Japón, Comisión Europea, Reino de los Países Bajos de manera permanente (por ser el grupo inicial de donantes que impulsaron el JCLA en Nicaragua y participaron directamente en la formulación inicial del plan) y de manera rotativa un representante del donante que ostente la presidencia de la mesa global y la presidencia pro témpore de la Unión Europea.

El grupo cuenta con unos lineamientos generales de funcionamiento, objetivos y una agenda general de trabajo indicativa aprobada también por la mesa global. Inicialmente, la función principal del grupo era la de apoyar el proceso de elaboración del plan nacional de AyA y posteriormente con la delegación formal de dar seguimiento a la implementación del mismo.

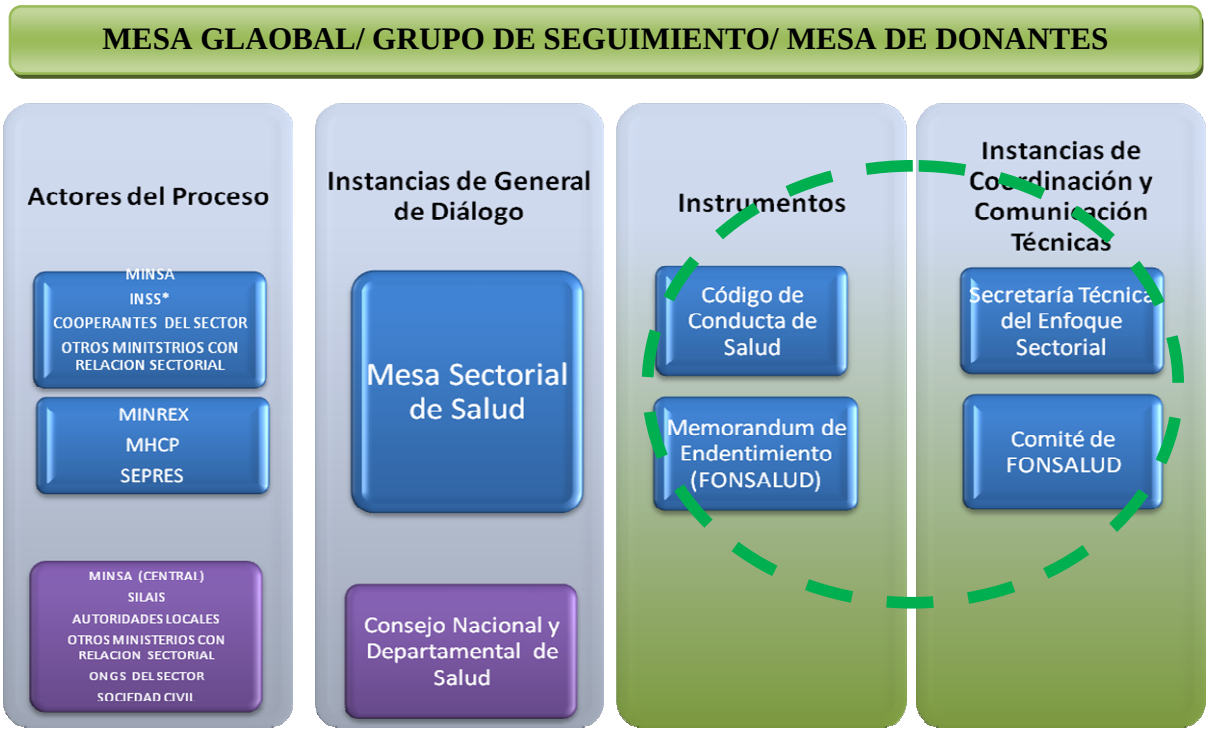
Este grupo responde actualmente a la mesa global, y se encarga de dar seguimiento al proceso general de AyA y apoyar cuando requerido los procesos sectoriales de implementación del plan nacional de AyA. En este sentido, aportaba asesoría a algunos sectores en aspectos puntuales

relacionados al desarrollo de sus ES, específicamente en lo relativo a temas de coordinación y diálogo con la cooperación de la agenda París.

Grupo de Apoyo Presupuestario (GAP)

El GAP se creó en 2003 y sirve como foro de debate y coordinación de los donantes activos[34] en el apoyo presupuestario, entre ellos, Alemania, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Comisión Europea, Finlandia, Noruega, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. Este grupo diseñó y firmó en 2005 un Arreglo Conjunto de Financiación (ACF) para canalizar de forma conjunta el apoyo presupuestario, velar sobre los temas transversales cómo el género, el medio ambiente y la lucha contra el sida, y medir los avances del desarrollo en una Matriz de Evaluación del Desempeño (anexo II del ACF), con la que se justifican los desembolsos.

2.4 El Enfoque Sectorial de Salud



Fuente: Elaboración Propia

El enfoque sectorial de salud cuenta formalmente y según el esquema anterior con el apoyo de 8 agencias de cooperación, 6 de las cuales apoyan al MINSA a través de donaciones y 2 a través de contratos de préstamos.

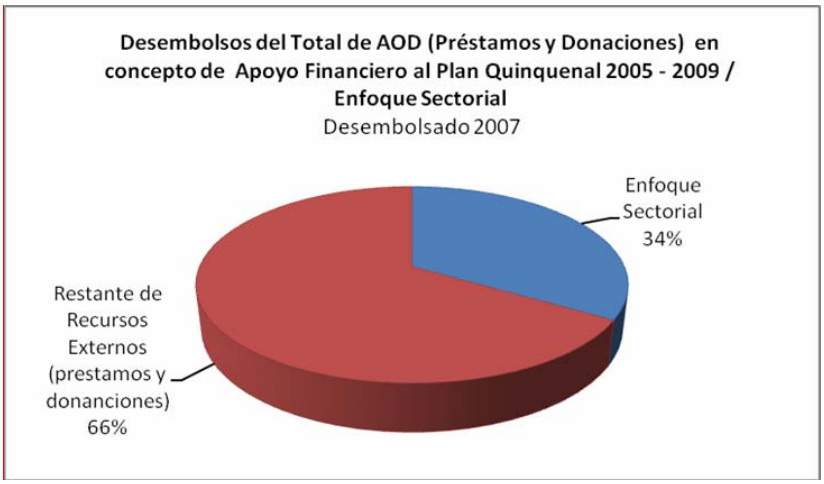
Las agencias bilaterales de cooperación y países participantes de FONSALUD son Suecia, Países Bajos, Austria, AECI, UNFPA, Finlandia y el Banco Mundial (con el préstamo "II proyecto de

[34] A partir del 2007 Suecia formalmente se retiro del GAP y Alemania ha suspendido momentáneamente su cooperación a través de esta modalidad.

extensión y modernización de servicios de salud" que no se adapta totalmente a los acuerdos de funcionamiento del fondo pero que es considerado parte del mismo).

[redacted]

Desde su creación en el 2005 hasta la fecha, el ES ha contado con un apoyo financiero de más de 54 millones de dólares, adicionales al presupuesto sectorial. De los recursos de cooperación (donaciones y préstamos) aportados al sector salud en el año 2007, 27 % corresponden a fondos gestionados a través de FONSALUD y menos del 35% a fondos dentro del ES.



Hasta el 2007 se observa que FONSALUD financiaba un alto porcentaje del programa de inversión pública del MINSA. No obstante, para el 2008 no será el caso debido a que la mayoría de los programas que estaban contemplados en inversión pública pasan a ser parte del gasto corriente de la institución. En este sentido, para el 2008 ha existido un cambio orientado desde Presidencia, encaminado a impulsar una política de sinceramiento del gasto.

Hasta la fecha, la ejecución de los fondos de FONSALUD se realiza en basa a lo establecido en el Plan Quinquenal de Salud, sin embargo esto sufrirá un ajuste con la introducción y aplicación de la metodología del MPMP. Además de los miembros activos en FONSALUD, otros donantes

del sector ayudan a la implementación del PQS a través de diferentes modalidades e instrumentos de financiación.

La siguiente tabla[35] presenta un panorama general de los cooperantes que apoyan al MINSA en el marco del Plan Quinquenal de Salud.

Cooperante	Modalidad de Cooperación	Instrumentos de Cooperación	Ejecutor(es)	Mecanismos Financieros	Mecanismos de Auditoria	Área o Línea Estratégica del PQS
BID	Préstamos y donación	Contrato (prestamos) y convenio de cooperación (donación)	MINSA	Propios	Propios	Salud Materno Infantil/ Fortalecimiento Institucional
Islandia	Donación	Proyecto	MINSA	----------	----------	No vinculado al PQS
OPS	Ejecución directa/ ejecución descentralizada	Contratos / cartas de acuerdos	MINSA / OPS	Propios	Propios	IND[36]
UNFPA	Donación	Fondos earmarked para el financiamiento de PQS / proyecto	MINSA / UNFPA	Nacionales y propios	Nacionales y propios	Salud Sexual Reproductiva
Austria	Donación	APS (FC)/ programa	MINSA / RAAN y RAAS	IND	IND	IND
Comisión Europea		Contrato de Subvención	Organizaciones Comunitarios o ONGs locales	IND	IND	Mortalidad Materno Infantil/ Salud Sexual Reproductiva/ Prevención VIH/SIDA
Japón	Donación	Proyectos comunitarios	SILAIS	Ejecutor	Contratación Independiente	No vinculado al PQS
JICA	Donación	Cooperación Técnica	MINSA		Por expertos del Proyecto (Propios)	Calidad de los Servicios de Salud/ Fortalecimiento Institucional (RR.HH.)
Finlandia	Donación	Proyecto/ FC / Fondo Multi-donantes	MINSA/ UNFPA/ Forum Sysd	IND	IND	IND
USAID	Donación	Proyecto	ONGs Nacionales o Internacionales	Propios	Propios	Acceso a los servicios de Salud/

[35] Evaluación del Plan Quinquenal de Salud en términos de AyA, pp 19. MINSA, Mayo 2008.
[36] INB- Información No Disponible

Cooperante	Modalidad de Cooperación	Instrumentos de Cooperación	Ejecutor(es)	Mecanismos Financieros	Mecanismos de Auditoria	Área o Línea Estratégica del PQS
Países Bajos	Donación	Programa/ Proyecto/ Silent Partnership (Suecia)	MINSA / PASMO/ UNICEF/ UNFPA / ONGs Nacionales	Nacionales	Nacionales	Prevención Cáncer Cervico Uterino/ Salud Sexual Reproductiva / Salud Materno Infantil / Prevención VIH-SIDA/ Mortalidad Infantil
UNICEF	Donación	Programa de cooperación	MINSA/SILAIS	-------	No requieren	Salud Materna Infantil y Nutrición
Luxemburgo	Donación	Proyecto	SILAIS	Propios de la unidad ejecutora	Propios de la unidad ejecutora	INB
Suecia	Donación	Enfoque Basado en Programa / FC / Proyecto/ Fondo Multi-donantes	MINSA	Nacionales	Nacionales	
España	Donación	Proyecto/ FC	MINSA	Nacionales	Nacionales	Mortalidad Materna
Brasil	Donación	Protocolo de Intervención en Área de Salud (especifico para Ayuda Humanitaria)	MINSA	--------	-------	No vinculado al PQS
Banco Mundial	Préstamo	Convenio de Crédito	MINSA	Propios	Propios	Extensión de cobertura, Materno Infantil, Fortalecimiento institucional y de la red de servicios

Se observa que en el sector la mayoría de los cooperantes apoyan el PQS a través de donaciones, mismas que son canalizadas a través de distintos instrumentos y no necesariamente a través del MINSA. En general, la mayoría de los cooperantes pueden detallar y vincular su cooperación específicamente a un área o varias áreas de intervención en relación a las áreas o líneas estratégicas del Plan Quinquenal de Salud o de manera más amplia para algunos a las Política Nacional de Salud.

La reciente evaluación del PQS de la cual se desprende el cuadro antes presentando, expresa que "En relación a los mecanismos financieros y de auditorías se aprecia que los avances en esta área en términos de utilización de los mecanismos nacionales financieros y de reportes han sido moderados, una gran parte de los cooperantes utilizan una mezcla de procedimientos (nacionales y propios) para el manejo de sus recursos. Esto en ocasiones puede cargar más de trabajo a la contraparte local".

Todo lo anterior muestra avance en términos de armonización y alineamiento en el sector, mismo que se ha dada principalmente a través del Enfoque Sectorial de Salud y FONSALUD. Sin embargo, siguen por delante muchos retos que se irán puntualizando en los acápites posteriores de este trabajo.

2.4.1 Aspectos de Apropiación y liderazgo, políticas, planes y monitoreo en el Enfoque Sectorial de Salud

Apropiación y Liderazgo

El liderazgo ejecutivo del ES lo lleva la Dirección General de Planificación y Desarrollo (a través de la Secretaría del ES) y se ha creado en la Dirección General de Recursos Físicos Financiero, la Unidad de Recursos Externos, que da seguimiento exclusivo a los fondos de FONSALUD y BID.

Esto de alguna manera ha generado una sección paralela que no se integra con el resto del quehacer institucional del MINSA en temas de cooperación. Un ejemplo de esto es la poca información que se maneja sobre los objetivos, alcance e implementación del ES de Salud en la dirección de coordinación de proyectos (y otras directamente relacionadas con el tema), aunque la unidad de fondos externos y la misma formen parte de la dirección de Recursos Físicos y Financieros[37].

Lo anterior dificulta un discurso institucional amplio y consensuado, así como el manejo integral de los recursos de cooperación en el MINSA y dificulta la ampliación de los conceptos de AyA a lo largo del Ministerio y los otros cooperantes del sector.

Tanto en el nivel central como en el territorial aún se carece de un conocimiento amplio sobre el tema, lo que podría estar repercutiendo en el avance de la implementación del ES. La rotación de funcionarios (tanto a nivel del MINSA y restantes instituciones gubernamentales como de los cooperantes mismos), ha provocado la pérdida de capacidades creadas y de cuadros técnicos capacitados en el tema.

Un claro ejemplo de lo antes dicho, es que durante el II semestre del 2006 y primer trimestre del 2007, el MINREX llevo a cabo un Diplomado en Programas Sectoriales y Armonización y Alineamiento de la Cooperación en el que participaron cuadros técnicos del MINSA, MHCP y

[37] Ver Anexo 9: Organigrama.

SEPRES. Sin embargo, en la actualidad aproximadamente un 60% de los funcionarios que participaron en este diplomado no laboran más en instituciones públicas[38].

Lo anterior, ha dificultado la apropiación por parte de los actuales cuadros (intermedios y superiores) del tema, causando que los procesos y el liderazgo no sean homogéneos. En algunos casos, los encargados del ES en el sector están manifestando de manera clara la posición nacional en los temas estratégicos, mientras que en otras ocasiones los líderes ejecutivos ejercen el papel de mediadores entre los cooperantes (un claro ejemplo de esto ha sido el tema de las auditorias conjuntas, requerimientos y los formatos mínimos para realizarlas).

Esta situación fue más evidente en el proceso de negociación del CdC y MdE, y más puntualmente en la puesta en marcha de FONSALUD, al momento de tratar de hacer coincidir a todos los socios para el desarrollo en cuanto a mecanismos, tiempos y requerimientos. Mucho del tiempo invertido por los funcionarios del MINSA, durante esta etapa tuvo que dedicarse a mediar posiciones y tratar de satisfacer los requerimientos constantes de los donantes.

Es necesario, sin embargo dejar dicho que se han venido realizando algunos esfuerzos para ampliar el conocimiento sobre el proceso de ES a nivel directivo de los SILAIS, en los diferentes departamentos del país. Existe el plan de iniciar una nueva ronda de capacitaciones para estos funcionarios, para crear una mayor conciencia, conocimiento, participación e involucramiento en el ES, desde el rol, responsabilidades y ámbitos de actuación de cada actor.

Algunos miembros de FONSALUD, reconocen un renovado apoyo político de las autoridades del sector al proceso (a raíz del cambio de gobierno y de las principales autoridades del sector), una mejor calidad de los informes y reportes presentados en la última reunión de Comité FONSALUD, y una mayor capacidad técnica de sus interlocutores.

Planificación

El sector de Salud cuenta desde el 2004 con una nueva Política Nacional de Salud (2004-2015)[39], así como un Plan Nacional de Salud 2004 - 2015 y un Plan Quinquenal de Salud 2005 – 2009, este último orientado a resultados, costeado y vinculado a un presupuesto.

Actualmente y con el reciente cambio de gobierno, se ha establecido adicionalmente un marco general de políticas denominado “Prioridades del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional’, en el que se recogen la priorización de políticas y acciones del gobierno, mientras se termina de elaborar el nuevo Plan Nacional de Desarrollo Humano, que vendría a sustituir el Plan Nacional de Desarrollo (2006).

A nivel más operativo el sector cuenta con un PQS, que es un instrumento operacional, cuya la implementación y seguimiento, permitirían conocer los avances que se realizan a distintos niveles en el sector salud.

[38] Información proporcionada por el señor Mauricio Gómez Lacayo, Ex Viceministro Secretario de Relaciones Económicas y Cooperación del Ministerio de Relaciones Exteriores.
[39] Ley General de Salud y Reglamento No. 423. Gaceta, Diario Oficial de la República, 17 de Mayo del 2002. No. 91.

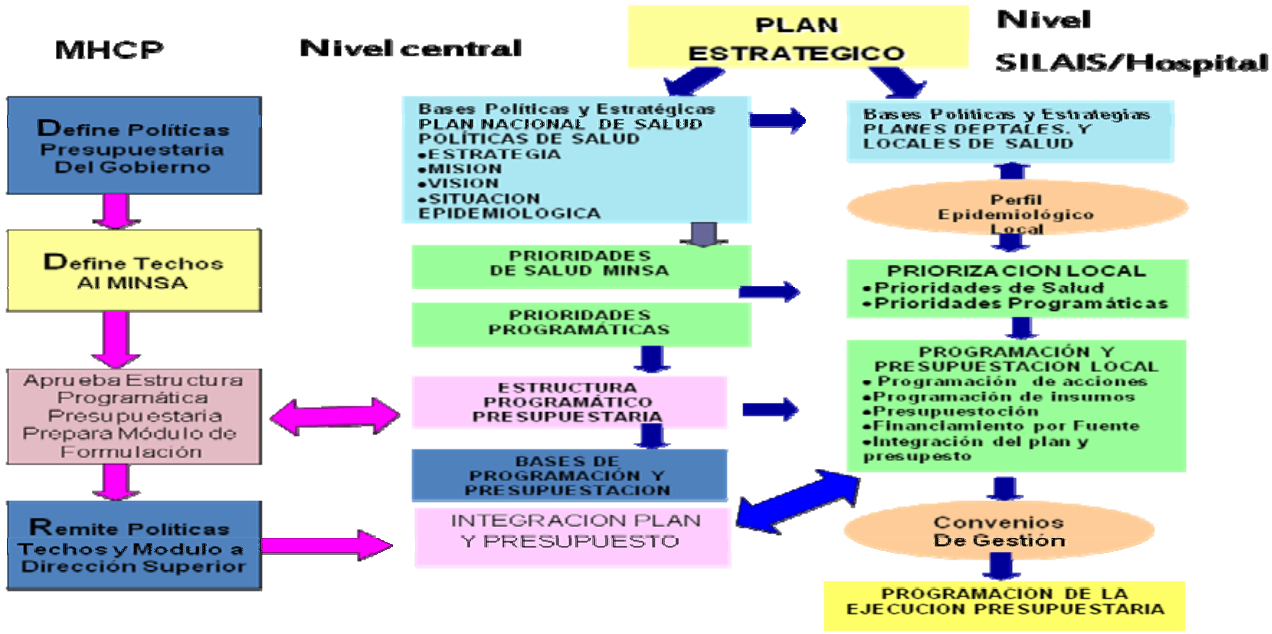
Todo el proceso de establecimiento de un marco de políticas en el sector, así como la puesta en marcha de todos los mecanismos necesarios para el ES de salud, recayó principalmente en la dirección de planificación del MINSA.

El MINSA valoró, en la primera reunión de la Mesa Sectorial de Salud 2007, que con la implementación del II Plan Operativo Anual (POA) del PQS, la institución entró en una fase en donde se iniciaron una serie de acciones estratégicas que en el mediano y largo plazo van a modificar la organización y desempeño del sistema de salud del país.

En el contexto de la redefinición de prioridades para el sector salud, ha sido manifestado por funcionarios de gobierno que se contara para el 2008 con una Plan Anual Institucional para el sector salud, mismo que se basa en las prioridades estratégicas definidas para el sector por la actual administración. Los planes anuales institucionales que cada sector pasaran a formar el nuevo Plan Nacional de Desarrollo Humano.

Así mismo, se conoce que en el marco de este Plan y la implementación del MPMP en el sector, se iniciará a partir del 2008 a trabajar bajo un esquema basado en gestión por resultados.

Nuevo Esquema de Programación y Presupuestación Anual: el esquema del MPMP



Fuente: MINSA

El PQS, el cual corresponde a un periodo de cinco años, refleja un periodo fijo de tiempo y no contempla una revisión anual del mismo. Esto hace que la información en el plan sea rápidamente obsoleta y también deteriora la posibilidad de usar el plan como se ha pretendido – es decir como un instrumento verdadero de planificación corto, mediano y largo plazo.

Adicionalmente, no hay actualmente mayores vínculos entre el PQS, y las intenciones del Gobierno de Nicaragua de establecer un MPMP y el MGSMP en el sector salud. Mientras el PQS cubre un período de cinco años, el MPMP responde a tres años, lo cual es una inconsistencia entre estos instrumentos. Esto se pretende que debe ser subsanado con la revisión de medio término del PQS, mediante la cual se planea convertir el mismo en un plan multianual que corresponda con el ejercicio de MGSMP. No obstante, como expresado anteriormente, el Plan Institucional Anual se convertirá en el nuevo instrumento de planificación del sector, que permitirá en conjunto con la metodología del MPMP contar con un instrumento de planificación más

En relación al POA, el que idealmente debe ser aprobado a inicio de cada año calendario, considerando el ciclo de la planificación y presupuestación anual. Esto desafortunadamente no ha sido la práctica institucional, debido a que en años pasados se ha enfrentando la situación en que a la altura del I semestre de año no se contaba aún con un POA finalizado, compartido, consensuado y aprobado. Es necesario aquí destacar que en el ejercicio de planificación para el 2007 se hicieron grandes avances en éste sentido, ya que el mismo pudo ser presentado a inicios del año a la mesa.

El proceso de planificación debe de comenzar a articularse al proceso de presupuestación por tanto, se debe comenzar a valorar la formulación del POA en base a resultados y no en base a actividades, considerando los diferentes componentes del MAIS. Esto no fue realizado en el ejercicio del POA 2007, pero se ha retomado en el POA 2008.

Monitoreo y Evaluación

La implementación del Enfoque Sectorial demanda nuevas necesidades dirigidas al mejoramiento de la actual situación relacionada con la implementación del plan del sector y sus objetivos (transformados y expresados en el Plan quinquenal y más específicamente en el POA).

En lo referente al PQS, el monitoreo del mismo se realiza a través de 22 indicadores de impacto y resultados, detallando la periodicidad de medición, en su mayoría de manera anual.

Indicadores para el monitoreo de la implementación del Plan Quinquenal de Salud

N° Indicador Periodicidad Observaciones	Periodicidad
1. Tasa de mortalidad materna	Anual
2. Cobertura de parto institucional	Anual
3. Captación precoz del embarazo	Anual
4. Porcentaje de embarazadas con cuatro controles prenatales.	Anual
5. Tasa de utilización de métodos de anticoncepción seguros en mujeres en edad fértil	Quinquenal
6. Porcentaje de mujeres con atención institucional del parto que presentaron hemorragia postparto	Anual
7. Tasa de mortalidad infantil	Anual
8. Cobertura de Pentavalente en menores de un año	Anual
9. Cobertura de vacunación con MMR en niños de un año	Anual
10. Porcentaje de egresos institucionales por asfixia neonatal en partos institucionales	Anual
11. Número de personas priorizadas que reciben el PBEC.	Anual
12. Número de mujeres egresadas en Casas Maternas	Anual

13. Tasa de incidencia anual de malaria. (Índice parasitario anual)	Anual
14. Tasa de incidencia de dengue	Anual
15. Porcentaje de pacientes con VIH/SIDA captados con tratamiento	Anual
16. Tasa de egresos hospitalarios por departamento	Anual
17. Número de establecimientos de salud con servicios de la ruta crítica Habilitados	Anual
18. Porcentaje de establecimientos de salud que han cumplido satisfactoriamente sus compromisos de gestión	Anual
19. Porcentaje de muertes maternas auditadas	Anual
20. Porcentaje de recursos transferidos a los SILAIS para compra de servicios a proveedores institucionales y no institucionales.	Anual
21. Porcentaje de presupuesto asignado a las Regiones Autónomas y gestionado directamente por ellas	Anual
22. Porcentaje de brecha de requerimientos de recursos en los 12 SILAIS priorizados (tesoro y cooperación externa)	Anual

Lo anterior requiere un sistema de monitoreo más desarrollado para el MINSA y el sector salud.

Según el informe del consultor Stefan Sjolander "Continuación del Proceso de Enfoque Sectorial en el Ministerio de Salud (MINSA) en Nicaragua" (Abril 2007), un sistema de monitoreo depende mayormente sobre la disponibilidad de diferentes clases de información producida dentro o fuera del sector (no es evidente que las estadísticas y otra información relacionada al sector debe ser producida por sus propias). Los intentos previos para estructurar y utilizar la información disponible no han tenido éxito en parte por los asuntos urgentes que continuamente aparecen en el ministerio incluyendo el tiempo invertido en las reuniones bilaterales con diferentes donantes.

De los 22 indicadores de impacto del POA 2006 (incluidos todos en el Plan Quinquenal de Salud para ser objeto de monitoreo y evaluación), un total de 10 indicadores alcanzaron cumplir con las metas esperadas para el año 2006 y 12 de estos no fueron cumplidos.

La evaluación del POA 2006, recomienda la revisión de procesos y procedimientos de la atención para identificar mejoras de indicadores, así como la revisión misma de los indicadores de seguimiento más acorde con la mejora de procesos. Se plantea también el mejoramiento del registro calidad y oportunidad de la información así como el registro de ejecución presupuestaria institucional.

Al respecto, fue expresado en entrevistas con funcionarios de gobierno que se está trabajando en mejor los sistemas de medición y seguimiento de los indicadores tanto a nivel institucional, como a nivel nacional, a fin de contar con cifras más precisas sobre la situación del sector. En este sentido, se puede observar que se están realizando esfuerzo a nivel del MINSA con apoyo de la comunidad cooperante por establecer un sistema de seguimiento de los indicadores.

No obstante, el MINSA, actualmente dice poseer los medios necesarios para poder dar seguimiento a los mismos, aunque reconoce que es necesario fortalecer todo el sistema de monitoreo y evaluación.

En el antes referido informe de Sjolander, se continúa diciendo "…varios de los indicadores han sido introducidos como resultado de una petición directa de cooperantes individuales – una

política de negociación lejana de las intenciones de la Declaración de París. Esta realidad – y el hecho que los indicadores del Plan Quinquenal no hayas sido sometidos a una consulta amplia antes de su aprobación– son suficientes razones para revisar todo el conjunto de indicadores del plan multianual para hacer consistentes las intenciones de las políticas y de los indicadores."

Cercanamente vinculado a la necesidad de información para un sistema de monitoreo se encuentra el asunto del manejo en base a resultados, gestión basada en resultados (GBR). El MINSA ha expresado su decisión formal de implementar este tipo de gestión, por lo cual se debe utilizar la información existente, así como también los indicadores acordados en el Plan Quinquenal para durante el próximo ejercicio de planificación, así como base para la elaboración de los necesarios instrumentos y mecanismos de seguimiento y evaluación, de manara tal que el ciclo de planificación y seguimiento permita avanzar en la implementación de la gestión basada en resultados.

Existen sin embargo algunos problemas vinculados a dicho intento. El único instrumento guía real durante el año fiscal es el presupuesto anual, lo que hace imposible en la práctica la utilización del GBR como una herramienta administrativa. Un pre-requisito para la introducción del procedimiento de GBR es la reformulación del actual proceso de planificación y presupuesto, como fue previamente sugerido.

Este nuevo esquema de GBR, el cual se verá introducido a través del Plan Anual Institucional entrará en vigencia a partir de marzo del 2008, lo que implicará al MINSA un ajuste no solo a nivel de política pero también a nivel de planificación y prespuestación de los recursos. Este cambio también implicara un ajuste a otros instrumentos vinculados al Enfoque Sectorial ya que anteriormente este se basaba en lo establecido en el Plan Quinquenal de Salud. Sin embargo, este cambio debe de verse desde una perspectiva positiva debido a que viene a integrar muchas de las deficiencias que han sido expresadas por el sector.

Lecciones Aprendidas

En cuanto al tema de liderazgo y apropiación de las autoridades sectoriales, una aseveración común en todos los entrevistados, es que es un elemento vital y que ningún proceso es viable o sostenible sin la misma.

La débil apropiación y liderazgo mostrado por las autoridades nacionales al inicio del proceso del ES de Salud, fue uno de los principales retos a enfrentar y superar. La novedad del tema, la falta de lineamientos claros, posiciones personales y falta de recursos humanos y materiales son elementos claves que incidieron en esta realidad.

La preparación previa a nivel de instituciones del sector, las debidas coordinaciones entre las instituciones nacionales que deben participar en el proceso, el fortalecimiento de capacidades humanas, el establecimiento de líneas fuertes de comunicación y toma de decisiones; son aspectos necesarios en los que idealmente se debe de trabajar de manera previa antes de empujar un proceso de ES y evitar situaciones como la antes descrita.

Es de vital importancia dejar sentada desde el inicio una clara posición y línea de diálogo político que pueda ser sustentada por el trabajo técnico. Esto, facilitará el impulso de una agenda estructurada que responda a las necesidades del sector y no posiciones individuales de cada actor interactuando en el proceso.

El proceso de ES en el MINSA, adoleció en su etapa inicial de mucho de lo antes referido, lo que complicó el desarrollo del proceso. Es necesario destacar, que el ES de salud, fue el primero en implementarse en el país, y debió pagar los costos como todo proceso que despunta.

Esto implicó que en gran medida a lo largo del proceso de formulación y desarrollo del ES se aplicará el método de prueba y error y se pagaran altos costos tanto financieros, como de tiempo y de desgaste de los actores.

Existe un consenso general en que se ha mejorado el liderazgo del MINSA en la conducción del ES. Esto, muchos coinciden que se debe, inicialmente a una fuerte decisión del nivel político del Ejecutivo y del MINSA de continuar con el proceso de ES y de hacerlo acorde a las necesidades y prioridades establecidas por el Gobierno.

Se observa que la decisión política ha bajado de manera vertical a las direcciones implicadas en la forma de lineamientos claros y concretos a seguir. También se reconoce que ha habido un reforzamiento de personal al nivel técnico que ha permitido contar con un mejor cumplimiento de lo acordado el MdE por parte del MINSA y una mejor calidad de informes y seguimiento al proceso, lo que facilita el diálogo con donantes desde una posición más fortalecida.

Aunque los entrevistados expresan que ha mejorado el liderazgo (tanto político como técnico) de las autoridades del sector, se siguen notando sin embargo, posiciones individuales de ciertos donantes que podrían estar minando el liderazgo del sector y perjudicando el buen funcionamiento del ES.

Se puede evidenciar un grupo de socios para el desarrollo que tratan de ser más leales en la aplicación del marco del CdC y MdE que otros. En el segundo caso se observa una práctica de continuar regulando las relaciones con el Ministerio individualmente, sin más coordinación e imponiendo en ciertos casos agendas propias.

Esta situación es mucho más común y se acentúa más en las relaciones del MINSA con los cooperantes fuera del marco del CdC y ES que siguen representando más del 65% del total de actores que brindan cooperación oficial. Este grupo de cooperantes y la verdadera relación de liderazgo del MINSA en su sector es aún un gran reto.

En cuanto a planificación en Nicaragua – y en muchos otros países – el proceso de planificación y de presupuesto está aún separado (con una desafortunada reflexión sobre esto en la estructura administrativa de un Departamento de Planificación y uno del Departamento Financiero en el caso específico del MINSA).

La actual separación de la planificación y el proceso de presupuesto en el sector salud necesitan ser revisado. En esto los cambios en el proceso del presupuesto general introducido por el

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, es el primer paso para introducir una modificación general al proceso de presupuesto del Gobierno.

El Ministerio está muy consciente que necesita una directriz para su proceso de planificación. Hay un número de instrumentos de planificación que no han sido introducidos consistentemente sino más bien de forma individual y de manera adicional en diferentes ocasiones.

Actualmente el MINSA y otros ministerios del sector han establecido una cooperación institucionalizada con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para discutir asuntos técnicos y de finanzas públicas para superar las dificultades del sector en el establecimiento del Enfoque Sectorial y aplicar la gestión basada en resultado, según lo instruido por la Ley 550.

Los asuntos identificados en la agenda en estas discusiones son, por ejemplo, el proceso de MPMP y la interface entre el sistema SIGFA y las correspondientes bases de información en los ministerios del sector. Este trabajo es muy alentador (a como es el grupo de varios ministerios de línea en este diálogo) y podría representar el primer paso de un renovado proceso de presupuesto que también incluya momentos de real, actual e institucionalizadas ocasiones de diálogo entre el MHCP y los ministerios del sector (lo que es una necesidad).

2.4.2 Aspectos Institucionales y Descentralización

Aspectos Institucionales

A pesar de que el desarrollo, puesta en marcha y seguimiento del ES de salud ha recaído principalmente en las direcciones generales de Planificación y Desarrollo y de Recursos Financieros y Físicos, la implementación del enfoque sectorial a nivel del MINSA ha significado llevar a cabo una reestructuración interna en el Ministerio.

Se ha creado la Secretaría del Enfoque Sectorial[40] (que responde jerárquicamente a la Dirección General de Planificación y Desarrollo), desde la cual se han logrado impulsar la mayoría de los esfuerzos realizados en el marco del enfoque sectorial.

Adicionalmente, se ha creado la Unidad de Recursos Externos (parte de la Dirección Administrativa Financiera), la cual está encargada de dar seguimiento a todos los recursos manejados en el ES (FONSALUD más préstamo BID). Esta Unidad cuenta con especialistas por fuente, uno específicamente encargado de dar seguimiento a los fondos del Banco Mundial, otro especialista que maneja los restantes integrantes de FONSALUD y uno da seguimiento a los fondos del BID.

Financieramente FONSALUD se alimenta de tres cuentas diferentes (una cuenta exclusiva para los fondos del Banco Mundial, una cuenta en dólares y otra cuenta en euro). Adicionalmente, esta unidad maneja una cuenta adicional establecida para los fondos BID, la cual no forma parte de FONSALUD, pero si del Enfoque Sectorial.

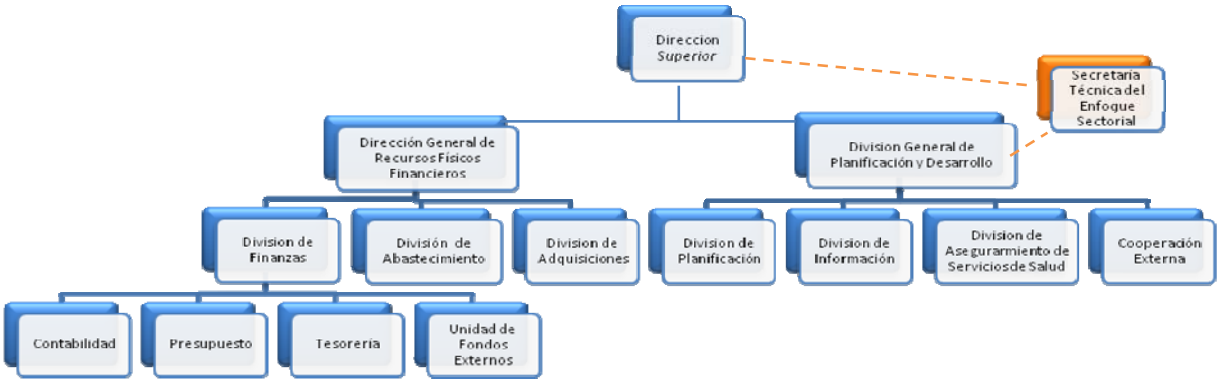
[40] Funciones de ésta Secretaría se encuentran detalladas en la sección de mecanismo e instancias del ES.

Lo que se busca es que con el seguimiento exhaustivo que hace esta dirección se puedan ampliar los reportes que el Sistema Integrado de Gestión Financiera, Administrativa y Auditoria (SIGFA)[41] produce, subsanando así las deficiencias de la información en función de lo acordado en el MdE y convenios/contratos individuales en el marco del ES.

El tema de la capacidad de los sistemas centrales de generar la información y los reportes requeridos por los cooperantes es aún un tema pendiente y aunque se han hecho avances, los requerimientos muchas veces sobrepasan las capacidades y sistemas nacionales establecidos (y avaladas por muchos de los cooperantes mismos que han aportado importantes recursos para su establecimiento, como en el caso del SIGFA, que hasta la fecha ha significado una inversión de más de 100 millones de dólares para su desarrollo y puesta en marcha) por lo que es necesario establecer sistemas alternos complementarios como el arriba descrito para poder cumplir con lo establecido.

De igual forma, ha sido necesario fortalecer la Unidad de Adquisiciones, por las nuevas obligaciones acordadas en el MdE para la realización de compras, contrataciones y licitaciones en el marco de ES, así como los requerimientos diferenciados establecidos por el BM y BID.

Organigrama de la principales direcciones del MINSA involucradas en el ES (hasta 2007)



Fuente: Elaboración propia

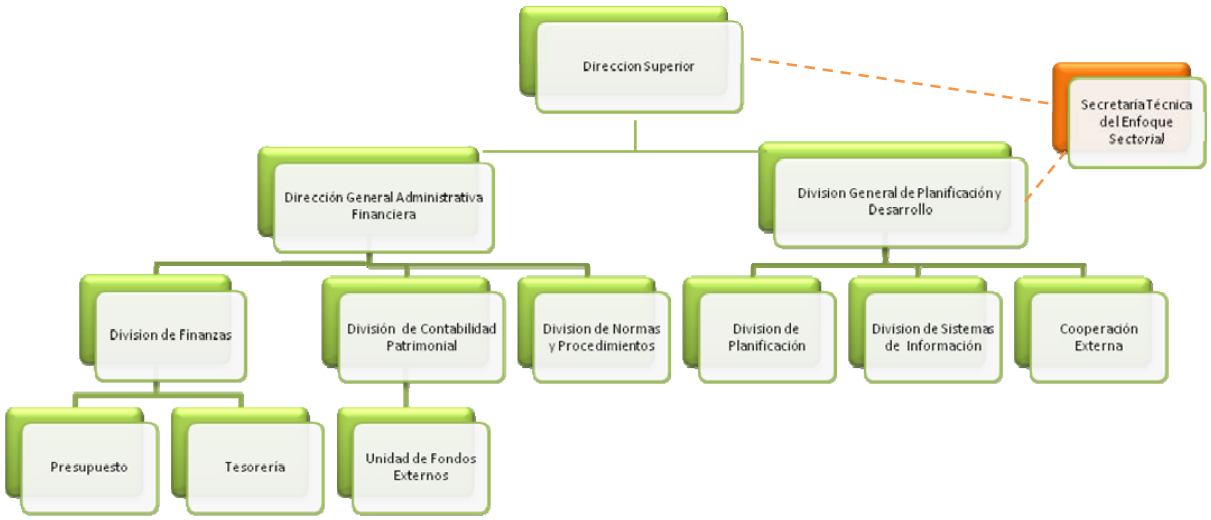
Se cuenta a partir del 2008 con una nueva reorganización dentro del MINSA, la cual tiene como objetivo responder a la nueva política del sector, así como dar respuesta a algunas debilidades en

[41]El Gobierno de Nicaragua con el fin de reformar y realizar un ordenamiento de loa procesos de la administración pública, aumentar la probidad administrativa cuenta con un Sistema Integrado de Gestión Financiera , Administrativa y Auditoria (SIGFA), el cual establece un conjunto de normas tanto legales, reglamentarias y procedimentales de carácter de controles internos, a través del cual se administra y contabiliza la ejecución financiera del Presupuesto General de la República, así como los recursos bajo la responsabilidad de la Tesorería General de la República.

áreas críticas, y también lograr que la misma responda a lo que se está requiriendo a nivel de los globalista, en especial por el MHCP. Esta reorganización busca reordenar el actuar del ministerio más en función de resultados que de acciones en específicas.

Esta reestructuración viene a responder a la introducción de una presupuestación por resultado que permita una mayor flexibilidad de los recursos en función de la demanda, tratando así de ir eliminando paulatinamente la anterior estructura programática que no es compatible un esquema de gestión basada en resultados.

A continuación se presenta el organigrama de las Dirección General de Planificación y Desarrollo y de la Dirección General Administrativa Financiera, las dos áreas principales involucradas en el ES (este organigrama entro en vigencia a partir de enero del 2008).



Fuente: Elaboración propia

Con la nueva propuesta de organización, la Unidad de Fondos Externos pasa a formar parte de la Dirección de Contabilidad, dentro de la Dirección General Administrativa Financiera (antes Dirección general de Recursos Financieros y Físico). Se planea consolidar en la unidad de fondos externos todo el manejo de los recursos de cooperación externa del MINSA (donaciones, préstamos y FONSALUD).

Sin embargo, existen en la actualidad planteados grandes retos importantes: la puesta en práctica de una planificación estratégica y de un seguimiento físico, financiero y de resultados, que desborda ampliamente las capacidades de los recursos humanos asignados a estas tareas en el ministerio. Esto creen muchos de los entrevistados que es fundamentalmente por un problema de número, no de conocimientos, aunque se requieren obviamente de capacitaciones y acompañamiento complementarios.

En el Diagnóstico sobre ES del 2005 se menciona que el ES de salud "ha significado una dedicación entre el 30 y el 50 porciento del tiempo de varios directivos (planificación, Administrativo – financiero, adquisiciones) y de los técnicos de las mismas". Esta realidad no ha cambiado mucho desde entonces.

La solución a estas necesidades de recursos humanos no se presenta fácil. Algunos directivos mantienen que la incorporación de consultores a las unidades institucionales va a producir malestar en la planilla por las diferencias salariales y no garantiza la sostenibilidad de los equipos. Por otra parte, es difícil conseguir buenos profesionales con los salarios oficiales.

Existen adicionalmente restricciones institucionales que dificultan el trabajo del personal para avanzar a pesar de sus conocimientos. Las restricciones están vinculadas a los procedimientos de trabajo y al estilo gerencial del ministerio, el trabajo en su mayoría esta compartamentalizado en flujos horizontales de información y el manejo de las rutinas de apoyo y monitoreo del personal no es una realidad en la mayoría de los casos.

Se tiene programado iniciar en el 2008 y programar para todo el año capacitaciones para la implementación generalizada estas normas a todos los funcionarios a nivel central y SILAIS y centros de Salud en todo el país. Es necesario aquí destacar la necesidad de ir adaptando el personal a las nuevas demandas de capacidades que requiere un ES; mayor capacidad de diálogo político, aplicación de nuevas técnicas para el seguimiento y rendición de cuenta y una alta capacidad de trabajo coordinado y compartir información.

Descentralización

La descentralización del Estado arrancó en 1987 con la aprobación del Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, mediante la Ley No. 28. Otro hito histórico fue la aprobación de la Ley de Municipios, o Ley No. 40, en 1988, con la cual se restauraba la autonomía municipal.

En cambio, el proceso de descentralización de la administración pública empezó con la creación en 1994 del Comité Ejecutivo para la Reforma de la Administración Pública (CERAP), entre cuyas comisiones de trabajó estuvo la Comisión Sectorial para la Descentralización (CSD).

El principal resultado de los trabajos de la CSD fue la primera propuesta de la Política Nacional de Descentralización orientada al Desarrollo Local, sometida a una amplia consulta ciudadana en 2002 y 2003 y finalmente aprobada en el 2006. A su vez, desde el 2004 la Oficina de la Administración Pública (OAP), empezó a trabajar en la Estrategia de Nacional de Descentralización y de Desarrollo Local.

En este marco de discusiones en torno a la Política y la Estrategia de Descentralización, algunos ministerios como Educación, Salud, y Recursos Naturales, adoptaran estrategias de descentralización hacia los municipios.

Para el sector de salud, el modelo de gestión para la descentralización de la regulación sanitaria, se presentó en el 2006, en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo, la Reforma Sectorial y la Política Nacional de Salud, fundamentado en principios que buscaban impulsar cambios

substanciales hacia las estructuras intermedias, los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y contribuir a la mejoría de la calidad de los servicios integrales de salud, el fortalecimiento y la transformación del Sistema de Salud.

La descentralización en el sector salud es una forma de transferencia de responsabilidades, competencias, recursos, funciones, poder de decisión, capacidad institucional desde el nivel central a la circunscripción territorial representada por el SILAIS como instancias técnico administrativas intermedias y de provisión de servicios cuya función es atender y enfrentar la problemática de salud y preservación del ambiente de la población que reside en su circunscripción territorial.

Desde FONSALUD, se ha expresado un apoyo decidido a el proceso de desconcentración y descentralización, y en el marco de desarrollo del ES en el sector, se propiciaron pilotajes a nivel territorial que permitieran una mejor integración y adaptación de los SILAIS al proceso sectorial.

Las unidades que prestan servicios de salud, estarán en un proceso gradual de delegación de funciones y competencias administrativas, financieras y de organización de servicios que establezca el MINSA, con el propósito de garantizar una mayor autonomía, eficiencia y desempeño eficaz en su accionar. Las competencias financieras que se les delegue, se coordinarán con el MHCP.

Algunos funcionarios entrevistados, aseguran que lo que actualmente se impulsa en la región del pacífico es más un proceso de desconcentración. Se opina que la modalidad de FC empleada en el marco del ES, han apoyado a dar más libertad al nivel local.

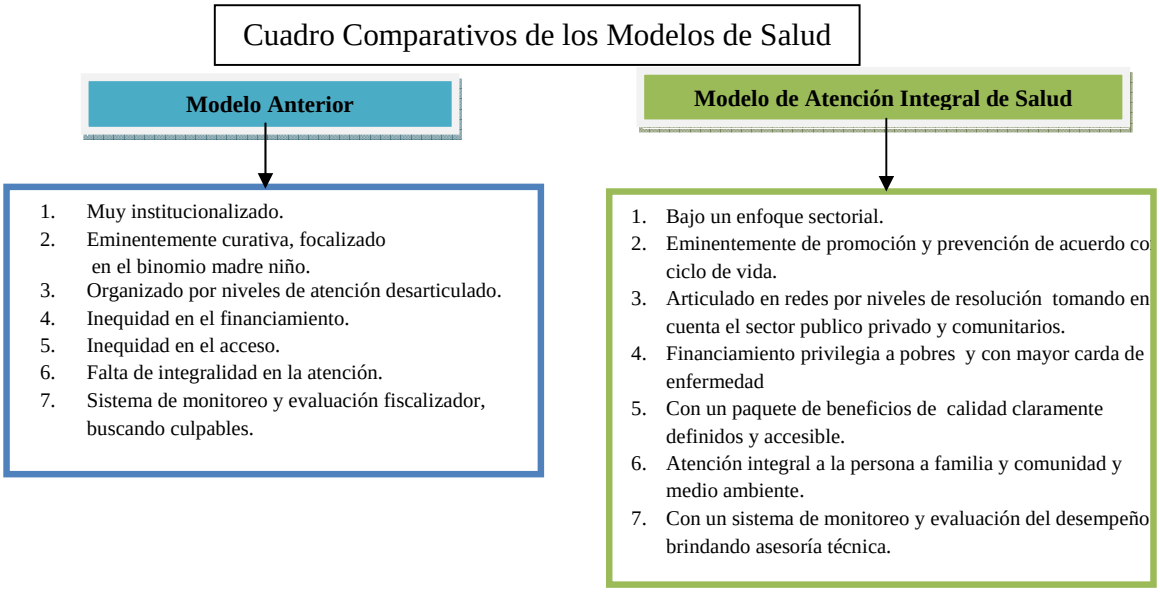
Explican que con los fondos de FONSALUD, se ha podido transferir más recursos a los SILAIS, ya que en ocasiones los fondos fiscales que maneja el MINSA tienen muchas restricciones y rubros específicos que no permiten una mayor transferencia al nivel local.

Con los fondos de FONSALUD y los del BID se ha venido trabajando en el tema y son estos los fondos que financia mayoritariamente el rubro en el presupuesto del sector (contratación de servicios de salud) que se utiliza para transferirle a los municipios.

Sin embargo, se sigue aduciendo que una gran limitante para ampliar esta práctica es la falta de capacidad financiera y mecanismos de rendición de cuenta al nivel local. Un avance en este sentido ha sido lo expresado en la auditoria del sector del 2005 y 2006, en donde se reconocen avances en el tema y se establece que existen los controles mínimos necesarios para profundizar el proceso de desconcentración hacia los SILAIS.

En lo referente a las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica (Región Autónoma del Atlántico Norte y Región Autónoma del Atlántico Sur), el avance ha sido mínimo. Se sigue discutiendo la definición del modelo de atención de salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del MINSA. Adicionalmente, un problema grave a resolver es la transferencia de los recursos, el manejo y rendición de cuentas sobre los mismos.

Actualmente, la reforma sanitaria que orienta el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, tiene como uno de los pilares fundamentales la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS); este es un modelo descentralizado, y el proceso de implementación del mismo es dirigido por la dirección superior del MINSA con el acompañamiento del Consejo Nacional de Salud[42] y la Cooperación Externa.



La División General de Planificación y Desarrollo y la Dirección General de Servicios de Salud, responden técnicamente por la implementación del MAIS. Se constituirán con los equipos de desarrollo de los SILAIS el equipo de coordinación, seguimiento y evaluación del proceso de implementación.

La comunidad donantes a través de la mesa sectorial de salud y el ES apoyara técnica y financieramente la aplicación del MAIS. Los proyectos con financiamiento externo que estén presentes en cada SILAIS deberán dirigir sus acciones a fortalecer el proceso de implementación del MAIS.

En entrevista con funcionarios del MINSA se menciono que el MAIS estaba siendo revisado y ajustado con el fin de reorientar mejor los recursos se esta estableciendo una modalidad más enfoca a servicio a nivel comunitarios e igualmente tratar de orientar y fortalecer el enfoque de la salud a nivel comunitario y familiar a la prevención más que la atención como usualmente se ha venido gestionando.

[42] Creado mediante el Acuerdo Ministerial 271 – 2002. Diciembre del 2002.

Lecciones Aprendidas

La implementación de un ES plantea grandes retos, tanto para el nivel global de Gobierno, como para los sectores mismos.

Según el Diagnóstico de Implementación de los ES en Nicaragua (MINREX, MHCP y SEPRES, 2005) los aspectos institucionales más críticos son a) las limitaciones en la adecuación de la estructura institucional del GdN para un escenario enmarcado por PS y ES, con fuerte descentralización y desconcentración de competencias y funciones y una cooperación progresivamente alineada y b) la situación de los recursos humanos, con porcentajes muy altos de la planilla cubiertos por personal pagado por proyectos, sin criterios salariales comunes.

Los planes de fortalecimiento o desarrollo institucional que se han identificado no están completados o todavía no están en fase de implementación. Todos los entrevistados, mencionaron como el tema de fortalecimiento institucional era siempre uno de los más olvidados presupuestariamente hablando.

La partida del presupuesto destinada a este fin, es usualmente utilizada para cubrir cualquier emergencia relacionada al sector (epidemias o similares). El GdN debería asumir sus gastos de fortalecimiento institucional y darle estabilidad al sistema, pero en la práctica, no se cuenta con los recursos necesarios para asumirlo.

Por parte de la cooperación sigue habiendo una gran apertura para financiar consultorías y otros gastos que bien dirigidos y en base a una demanda real pueden ser necesarios, pero que todavía está muy desordenado.

Las capacidades técnicas mejoradas no son suficientes para sacar adelante al Enfoque Sectorial. Otra condición es que el Enfoque Sectorial sea entendido por un grupo más amplio de personas en el MINSA. Por el momento, el Enfoque Sectorial es percibido por mucho de su personal como otro proyecto del Departamento de Planificación, y nada más que eso.

Para cambiar esto el Departamento de Planificación y el liderazgo político necesita tomar nuevas iniciativas. Las funciones de línea en el MINSA central y las necesidades de los SILAIS necesitan ser incluidas en el proceso, dándoles la posibilidad de ver sus ventajas. Buscando un compromiso más amplio tanto al nivel central como al nivel departamental y regional normalmente necesitaría que esos representantes estén presentes con la oportunidad de influenciar en el proceso de planificación y presupuesto, es decir una oportunidad real de utilizar el conocimiento cercano a la fuente.

Adicionalmente, Las *Reformas de Servicio Civil y Carrera Administrativa* impulsadas desde el pasado período electoral y que se espera sean retomadas en el plan de trabajo del nuevo gobierno, definitivamente servirían también al sector para mejorar las condiciones del personal, garantizar una mayor permanencia de las capacidades creada (que facilitaría la continuidad y sostenibilidad de los procesos en el tiempo), y un mejor proceso de definición y selección de funcionarios.

En cuanto a descentralización y desconcentración, se ha visto que la coordinación de un proceso Sectorial y el impulso de la misma, puede ser complicado, pero no necesariamente contradictorio.

Muchos de los entrevistados piensan que antes las deficiencias presupuestarias del sector, el contar con más fondos de libre disponibilidad y apegados a la implementación de las políticas del sector, puede apoyar a impulsar el fortalecimiento del nivel local.

Lo importante de este proceso ha sido la firme voluntad política del sector y de los cooperantes de profundizar el proceso de descentralización/desconcentración, así como tratar de involucrar cada día más al nivel local en el desarrollo del ES.

2.4.3 Gestión de las Finanzas Públicas Sectoriales

La puesta en marcha del Enfoque Sectorial ha tenido un alto impacto en la institución, especialmente en las áreas de adquisiciones, administración y finanzas, lo que de alguna manera ha obligado a fortalecer las capacidades técnicas, y ha permitido un ordenamiento y mayor transparencia en el uso de los fondos del sector.

En el 2005, con el inicio de la integración de los procesos de planificación y presupuestación a través de la de la Ley 550, el MINSA ha empezado a utilizar el MPMP como una herramienta que permite integrar las políticas nacionales y sectoriales, planificación estratégica y la formulación presupuestaria, partiendo de una planificación de mediano plazo y a partir del 2008 a nivel multi-anual (3 años).

Las finanzas públicas en el MINSA son manejadas por distintas direcciones, los recursos de inversión son manejados por el Departamento de Planificación y los recursos recurrentes por el Departamento Financiero del MINSA. En cuanto al registro de los proyectos de inversión se cuenta con un sistema de registro manejado por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) que dificulta la descentralización de las responsabilidades del presupuesto y también de alguna u otra manera refleja que los recursos de inversión están siendo usados como recurrente[43].

La división de cálculos, registros y desembolso de los recursos del presupuesto de alguna manera obstruyen los avances hacia un verdadero enfoque sectorial. Se requiere avanzar hacia una visión integrada sobre los recursos del presupuesto en donde la inversión e ingresos son presentados y calculados al mismo tiempo y por las mismas personas debido a que los recursos son interdependientes.

La ejecución de los recursos del MINSA puede ser monitoreada a través del SIGFA, sistema que ha permitido avanzar hacia un ordenamiento de los procesos de la administración pública, así como lograr aumentar la probidad administrativa.

[43]Sjolander, Stephan. Continuación del proceso de Enfoque Sectorial en el Ministerio de Salud (MINSA) en Nicaragua. Abril, 2007. Pg. 7.

No obstante, el SIGFA representa para el MINSA dificultades en relación al manejo de los recursos a través del Enfoque Sectorial, debido a que este sistema no permite arrojar informes individuales o en conjunto de los recursos específicos, y tampoco hace una relación del gasto conforme a las actividades estipuladas en el POA, y no es compatible con el nuevo marco de gestión basada en resultados que se está queriendo impulsar.

La unidad de fondos externos, en vista de estas limitaciones realiza un registro y contabilidad del gasto de los recursos manera manual para cada unos de los cooperantes participando actualmente en el ES. Esto ha conllevado a que un analista de la unidad de fondos externos del MINSA realice el detalle de los gastos relacionado a los recursos externos, implicando un sobre esfuerzo y sobre carga de esta Unidad.

Aunque este informe no es una exigencia o condicionante de los donantes, le permite al MINSA demostrar la ejecución de los recursos ante los donantes de manera individual y lograr una mayor transparencia en la rendición de cuenta de los mismos.

Marco Presupuestario de Mediano Plazo

La decisión inicial de poner en marcha en Nicaragua los mecanismos para disponer de un marco presupuestario de medio plazo fue el resultado de una condicionalidad externa generada a partir de las recomendaciones del Country Financial Accountability Assessment Report (CFAAR).

Su aplicación ha conllevado al MINSA a realizar cambios organizativos, así mismo como ha ocurrido en la mayoría de las instituciones estatales, a fin de que se logre facilitar la integración de la presupuestación con la planificación y la participación activa de las áreas sustantivas en ambos procesos.

Un reto del MPMP es que se tiene que aumentar progresivamente su precisión en la definición de productos o servicios y de los indicadores de medición de resultados. Esta mejora se verá favorecida a medida que el MPMP sea evaluado y se conozca con más profundidad la calidad de las asignaciones presupuestarias en función de las prioridades nacionales.

En el caso del MINSA, en el 2007 se realizó una revisión y programación del Marco del Gasto Sectorial de Mediano Plazo para el periodo 2008 -2010, a fin de asegurar que el mismo estuviese en completa concordancia con el Programa Económico Financiero 2007 – 2010 negociado por el actual gobierno.

En cuanto a valoración del MINSA sobre la implementación y beneficios del MPMP, existen opiniones diversas. Algunos funcionarios destacan que la utilidad del mismo fue subvalorada y otros consideran que su utilización no se dio debido a falta de conocimiento e integración de los sistemas, además que este fue realizado desde arriba sin contemplar las necesidades del sector desde el municipio.

El proceso de MPMP y la introducción de la Ley 550 han contribuido en la creación de una comisión presupuestaria conjunta entre el departamento de planificación y financiero del MINSA. De acuerdo al MINSA esto ha mejorado la relación entre esos dos departamentos y es

un significativo avance en la integración de los procesos de planificación y presupuestación. Una mejor comunicación y trabajo conjunto entre estas dos instancias ha permitido lograr una elaboración conjunta del presupuesto.

En cuanto a la ejecución del presupuesto del MINSA, se evidencia que históricamente ha existido una desvinculación entre el presupuesto aprobado y el plan anual operativo. Con la introducción de una metodología basada en gestión por resultados y la puesta en práctica del MPMP, se cree que se podrá solventar gradualmente esta desvinculación y lograr acercar el MPMP con el Plan Multi-anual del MINSA.

Controles Internos

Se ha avanzado a lo largo del 2007 en la elaboración y aprobación de Normas de Control Interno del MINSA (Acuerdo Ministerial 319- 2007, Octubre 2007) que responden a las "Normas Generales de Control Interno" emitidas por la Contraloría General de la República (CGR) en el 2006. Esto permite un mejor manejo interno de los recursos y facilita los procesos de rendición de cuenta hacia los donantes, de manera más específica a los participantes en el ES.

El MINSA cuenta con una Unidad de Auditoría Interna que se encarga de la revisión del cumplimiento de los controles internos y la aplicación de las medidas correctivas. Las auditorías internas se realizan en base a un plan de actividades anual.

Se utilizan las políticas y procedimientos en base a lo definido por las normas técnicas de control interno de la CGR. Sin embargo, existe una limitante en cuanto a la cobertura tanto de la auditoría interna como de la auditoría que realiza la CGR, debido a que esta tiene poco alcance hacia las regiones, zonas especiales y municipios.

Esta limitante, probablemente esté ligado a la falta de personal calificado en el área financiero en los SILAIS más allá de que no se cuenta con un manual de auditoría interna.

Las auditorías externas que son las realizadas por compañías independientes (o privadas). Se valora éstas no son siempre oportunas y los resultados se obtienen tardíamente. Sin embargo, las auditorías externas realizadas por los propios donantes, a través de procedimientos de los donantes son consideradas más ágiles y oportunas.

El tema de la auditoría es uno de los puntos más débiles que se encuentran en el sector. Dentro del ES se pretende avanzar hacia la iniciativa de realizar términos de referencia conjuntos. Sin embargo, la puesta en marcha de esta práctica no ha sido exitosa a pesar que se establece en el MdE de FONSALUD las normas para la realización de las auditorias del fondo común. Para el 2006 se realizaron tres auditoria a los fondos que apoyan al Enfoque Sectorial de Salud.

A pesar que se han realizado esfuerzos para contar con términos de referencia conjuntos, esto no ha sido tan exitoso. En el 2007 se realizó auditoria de los fondos del BID, siguiendo el compromiso de entregar una auditoría en los primeros meses del año. Posteriormente, se realizaron términos de referencias conjuntos entre BM y los otros donantes bilaterales que apoyan a FONSALUD. Para estos se logro utilizar los mismos términos de referencias, pero

realizando auditoria diferentes, por tanto haciendo dos informes dado que el Banco Mundial exigía de un informe por separado.

Se evidencia que existen exigencias por cada uno de los donantes en cuando a los requerimientos de las auditorias y ejecución de los recursos y sobre todo una sobrecarga de requerimientos por parte de los organismos multilaterales. El BM cuenta con un manual operativo y el MINSA sigue un Plan de Adquisiciones Anual (PAC). Por el contrario, el BID sólo cuenta con un PAC (Plan Anual de Adquisiciones) en donde se detalla lo que se va a ejecutar en gastos, sin embargo, el BID ha manifestado que con el próximo crédito se estará incluyendo en el convenio un manual operativo.

En relación a las auditorias financieras externas de la ejecución de los fondos de FONSALUD se establece en la sección 7 numeral 42 del MdE[44] que las auditorias se presentaran tres (3) meses posterior a finalizado el periodo presupuestario. Sin embargo, dado a que en la práctica este periodo no era factible, debido a que resulta ser muy corto, en el 2007 se realizó una revisión al MdE en donde se acordó que las auditorias se presentaran 8 meses después de finalizado el periodo presupuestario, estableciendo como fecha limite el mes de agosto para la entrega de la misma.

Este ajuste permitirá al MINSA disponer de más tiempo para la presentación de la documentación requerida para el proceso de auditoría.

El seguimiento al proceso de la auditoria correspondiente al año 2006 se dio con el apoyo del Grupo de Trabajo de la Mesa: Grupo de Economía y Salud en donde los miembros de FONSALUD acordaron confirmar la aceptación a la estructura del Informe Financiero a ser presentado para la correspondiente auditoria.

A finales del 2007, se ha trabajado en términos de referencias conjuntos sobre la auditoría del 2007 a fin de que estos sean compartidos con los fondos bilaterales y los fondos multilaterales, incluyendo igualmente al BID y poder contar con términos de referencias únicos para todos los fondos.

No obstante se reconoce que existe un impedimento para el MINSA en realizar una sola auditoría, debido a que los fondos de estos no caen en una única cuenta, debido a que actualmente se dispone de tres cuentas distintas. Con el fin de disminuir la sobre carga y requerimientos, el MINSA ha planteado a los donantes que se realice una auditoría de manera simultánea y que se realice un único contrato con la firma auditora para auditar las tres cuentas.

Adquisiciones

El tema de adquisiciones en el MINSA siempre ha sido considerado como el “talón de Aquiles” de esta institución. La Ley 323, Ley de Contrataciones del Estado de Nicaragua, publicada en 1999 establece normas generales y los procedimientos que regulen la adquisición, arrendamiento de bienes, construcción de obras, consultoría y contratación de servicios de cualquier naturaleza que efectúen los organismos o entidades del Sector Público.

[44] Memorandum de Entendimiento de FONSALUD. pp. 8.

Dentro de un esquema de alineamiento de los donantes, se contempla la utilización de los procedimientos nacionales, avanzando así en la utilización de las normas nacionales establecidas por el Gobierno. Sin embargo, según valoración de los donantes integrantes del fondo común y autoridades del ministerio, expresan que la Ley es muy compleja y que en ocasiones los procesos se alargan y complican. Se ha impulsado en años anteriores y ante esta realidad un proceso de revisión y reforma a la Ley que le permita ser más flexible y expedita, pero no ha habido hasta la fecha mayores avances sobre el tema.

Incluso se ha destacado que existen contradicciones entre la Ley 323 y la Ley de Farmacia de Medicamentos, esta última la que obliga a comprar con proveedores registrados en el país.

Independiente de lo antes mencionado, MdE de FONSALUD establece en la sección 5 que las adquisiciones de los recursos del fondo deben cumplirse conforme a las normas establecidas en la Ley 323 y su respectivo reglamento, realizando como única excepción a la utilización de esta, a aquellos socios que antes de la firma del MdE hayan suscrito acuerdos bilaterales de donaciones o de préstamos, prevaleciendo así lo consignado en dichos documentos[45].

La puesta en práctica del MdE ha trastocado el funcionamiento del sector en relación a las adquisiciones debido a que en muchas ocasiones se evidencia que no se cuenta con las competencias necesarias. El MINSA en ciertas ocasiones ha realizado solicitudes de excepción ante la CGR sobre adquisiciones de compras. Los donantes utilizan sus procedimientos debido a que buscan una mayor transparencia en el uso de sus recursos.

Las adquisiciones y contrataciones con fondos fiscales se hace en base a la Ley 323, no obstante, las adquisiciones con fondos de la cooperación que están fuera de FONSALUD (MdE) se continúan realizando compras y contrataciones en base a los establecido en los acuerdos de manera bilateral con los donantes, en donde la mayoría utilizan mecanismos propios de contrataciones y compras.

Según el MINSA, a pesar que ha existido algún grado de alineamiento por parte de estos donantes que se encuentran fuera de FONSALUD, esta es un aún una práctica que sobre carga a la institución y área para la cual se requiere un mayor compromiso y voluntad política por parte de los donantes de utilizar los procedimientos y normas nacionales.

Por otro lado, se ha evidenciado que el MINSA aún no cuenta con un plan de administración de finanzas que vincule el POA con el plan de adquisiciones y contrataciones y con el presupuesto, razón por la cual se carece de un lenguaje único para la codificación de los registros en las tres áreas mencionadas.

Sin embargo, el MINSA ha venido desarrollando un instrumento para las adquisiciones, el cual está a cargo de la División de Adquisiciones, misma que esta a cargo de elaborar el Programa Anual de Compras y Contrataciones (PACC).

[45] Memorandum de Entendimiento de FONSALUD pp. 6.

Entre los retos del PACC está el iniciar a interiorizar el MPMP y aplicarlos en los procesos de adquisición financiados con gasto de capital y garantizar la consecución de los proyectos.

De igual forma el MINSA ha desarrollado planes de capacitación de fortalecimiento en las unidades de salud, y cuenta también con un Sistema de Información de Programación y Seguimiento (SIPROSEC) el cual permite facilitar el registro y controles de la programación del PACC de una manera eficiente y eficaz.

Lecciones Aprendidas

Según informe consultoría realizada por Países Bajos, se expresa que para el MINSA, el agregado de la disciplina fiscal es predominantemente un factor externo, el cual está determinado por la dinámica del MHCP. De igual forma, argumenta que la poca asignación de recursos a esta institución es un factor que limita alcanzar los resultados esperados y debilita la implementación plena de las políticas del sector. Así mismo, reconoce que el MPMP del MINSA está dirigido a fortalecer los vínculos de las políticas generales y los planes y el presupuesto, no obstante los presupuestos anuales escasamente reflejan los planes.

Se plantea que un reto dada las condiciones reales de esta institución, son los pocos o limitados recursos y la alta demanda de servicios y calidad de los mismos, poniendo el gran reto en lograr una mayor ventaja y eficiencia operacional.

La puesta en práctica del MPMP ha conllevado a avances e integración entre las finanzas y la planificación. En este sentido, el MINSA está avanzando en la elaboración de un Marco de Gasto Sectorial de Mediano Plazo de Salud 2008 – 2010, que en conjunto con la Plan Multi-anual de Salud serán las herramientas básicas que facilitan la organización de la gestión para trabajar en función de resultados.

Se requiere trabajar más de cerca y coordinadamente entre el MHCP, SEPRES y el MINSA en cuanto a la implementación de MPMP, GBR y el desarrollo del SIGFA a nivel de una expresión sectorial y territorial.

En cuanto a la utilización de mecanismos conjuntos, informes y auditorias, a nivel del MINSA se observa que aun se requiere avanzar y fortalecer las capacidades. Se requiere mayor voluntad política para la aplicación de lo establecido en el Memorandum de Entendimiento.

En términos generales, se valora que el MINSA dispone del personal apropiado para la gestión financiera y administrativa tanto para la gestión financiera, como para adquisiciones y monitoreo del progreso de las actividades planificadas. La proporción de los cargos con nómina fiscal y fondos propios es del 92%. Unos doscientos cargos se pagan con fondos de proyectos.

El personal disponible en el nivel central de las instituciones en las áreas de administración, finanzas y adquisiciones está capacitado pero ésta no es suficiente en las regiones, zonas especiales y municipios. Los salarios pagados con fondos de proyectos son superiores a los pagados con fondos del tesoro para cargos con iguales complejidades. Los proyectos no reconocen el pago de las prestaciones sociales que demanda la ley laboral del país.

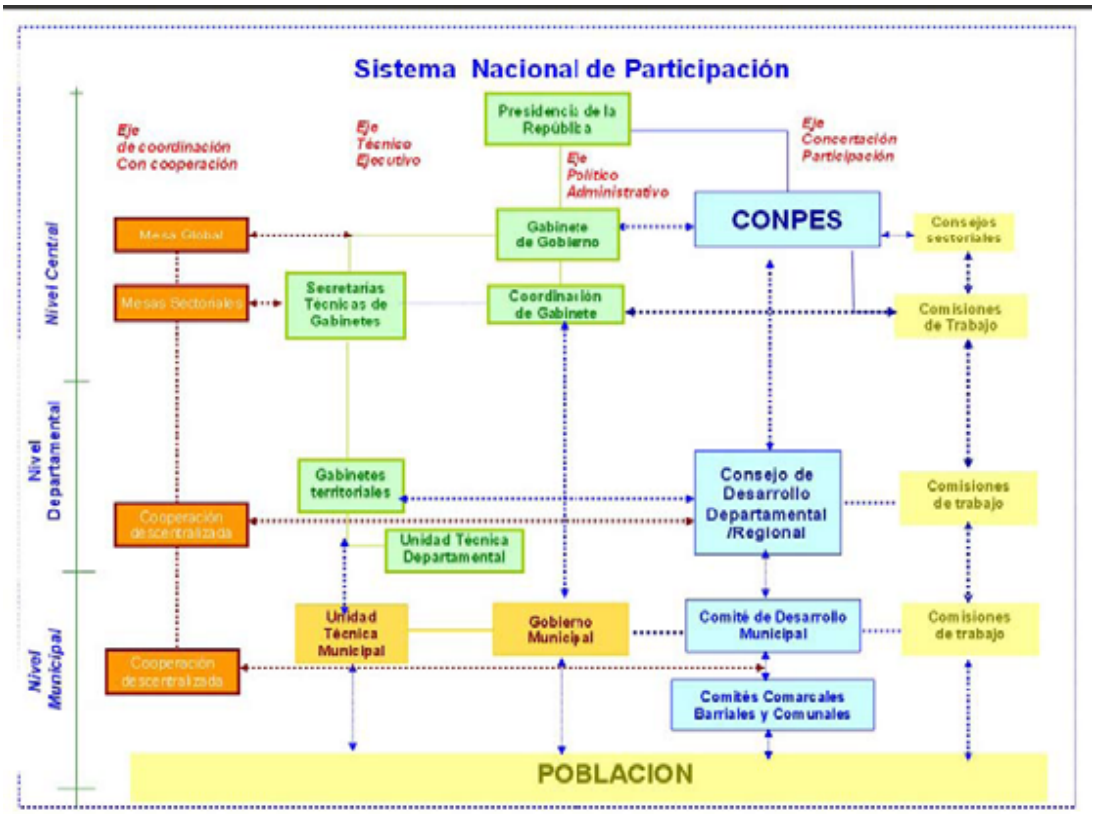
La puesta en marcha del enfoque sectorial ha permitido fortalecer las capacidades a distintos niveles, en lograr un reforzamiento en los recursos. En este sentido, Suecia y Países Bajos han apoyado al MINSA a través del fortalecimiento de las capacidades del Ministerio en la Administración Financiera Pública.

2.4.4 Mecanismos de Participación Ciudadana y Consulta Nacionales

Existe formalmente un marco normativo para determinar la participación ciudadana en el país, tanto a nivel nacional, sectorial y local. El mismo esta dado por la Ley 475 de Participación Ciudadana, aprobada el 22 de octubre del 2003.

La Ley 475 en su Artículo número 4, define participación ciudadana como: "El proceso de involucramiento de actores sociales de forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado."

Se estableció todo un sistema que coordinaba por un lado la participación en los distintos niveles territoriales, como el ordenamiento de los ejes temáticos, siendo especialmente relevante para el caso, las relaciones establecidas entre el eje de coordinación con la cooperación el eje político administrativo y el de concertación y participación.



En el Título III de la Ley, referente a la participación ciudadana en la formulación de políticas públicas, se expresa en el arto. 38, que de conformidad a lo establecido en la Constitución Política, la ciudadanía en general, podrá participar en la formulación de políticas públicas nacionales y sectoriales, a través del espacio de participación que se les otorgue en la formulación de políticas públicas nacionales desde el Consejo Nacional de Planificación Económica y Social, conocido como CONPES y en cualquier otra instancia de carácter sectorial.

Para la formulación de políticas públicas sectoriales como apoyo al Poder Ejecutivo, se conformaron mediante Acuerdo Presidencial, las instancias consultivas sectoriales como espacios de convergencia sectorial entre el Estado de Nicaragua y la sociedad. Estas instancias se denominaron Consejos Nacionales Sectoriales.

En el caso específico del sector Salud, la experiencia de formulación de política sectorial es reciente (Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud, ambos del año 2004 y la nueva propuesta de lineamientos estratégicos del sector a realizarse en el 2007 y 2008). Para organizar el proceso de consultas se contó con el Consejo Nacional de Salud, así como sus expresiones departamental y municipal, en los que participan los poderes locales y la sociedad civil.

El Consejo Nacional de Salud, es una forma de organización dentro de la administración pública que establece nexos interdependientes entre agencias de gobierno, empresas privadas, ONG y organizaciones comunitarias y gremiales. El Consejo Nacional de Salud, tiene un alcance más amplio y general, relativo a todos los temas globales que afecten la salud.

La participación en la formulación, consulta, difusión y adopción del Plan Nacional de Salud (2004 – 2015) se dio de acuerdo a autoridades del MINSA[46] en diferentes niveles y ámbitos.

A pesar de este gran esfuerzo del MINSA, se vertieron críticas desde la sociedad civil y asociaciones relacionadas al sector Salud a nivel nacional, sobre la capacidad real de participación y el proceso de integración de los resultados de las diversas consultas en la política y el plan de Salud. Sin embargo se reconocieron avances y una mayor apertura en la formulación de este plan en relación con experiencias previas de formulación de políticas del MINSA.

Pasada la fase de formulación de la Política, Plan de Salud y Plan quinquenal, se abre la etapa de participación en el seguimiento de los mismos, así como del ES.

De manera más amplía, y fuera del proceso coyuntural de elaboración de una política o plan nacional, es a través del Consejo Nacional de Salud que se debería informar a la sociedad civil de los avances en el enfoque sectorial y por ende en la implementación de la agenda general del Ministerio. Con esta finalidad se designó a partir de mediados del 2006 un enlace de la Mesa Sectorial para que ejerza la función antes referida; rol que quedo establecido mediante acuerdo ministerial.

[46] Ver http://www.minsa.gob.ni/planificacion/politica.html

Es necesario, señalar que a partir del 2007, se ha empezado a promover a nivel del Poder Ejecutivo otras formas de participación ciudadana y seguimiento a la implementación de políticas públicas adicionales a las ya antes mencionada.

Los Consejos de Poder Ciudadano (CPC), promovidos por el Poder Ejecutivo, mediante el Decreto Presidencial 03 – 2007 del 10 de enero del 2007, buscan como convertirse en una nueva instancia orientada a promover una mayor participación de las bases sociales. Sin embargo, sigue hasta hoy toda una polémica nacional sobre su validez y legitimidad. Está por verse como estas nuevas instancias se articulan o complementan con las anteriores y como verdaderamente inciden en una mayor participación en el sector.

Adicionalmente, hasta el 2006, se realizaban reuniones anuales con las ONG que operan en el sector, para informar sobre el quehacer institucional en general y de manera más esporádica sobre el ES.

Sin embargo, hasta la fecha, y debido a la no participación de las ONGs o sociedad civil organizada en el esquema de la Mesa Sectorial de Salud, es muy poco el diálogo e información que se comparte con este tercer importante actor del sector.

Este tipo de esquema de interacción no fomenta tampoco esfuerzos de coordinación de tareas entre ONG, MINSA y cooperantes, lo que en ocasiones lleva a la duplicación de actividades y mala utilización de los siempre escasos recursos. Adicionalmente y con algunos cooperantes participando en FONSALUD incrementando su presupuesto de AOD dirigido al sector gubernamental en detrimento de sus aportaciones a iniciativas de Sociedad Civil, se ha creado un clima de desconfianza y malestar hacia el ES.

Esto sumado a la falta de mecanismos formales de información sobre el proceso, uso de los recursos e impacto, ha llevado a las ONG especialmente a verter críticas sobre el ES y el establecimiento de fondos comunes manejados por el Gobierno.

Muchos de los cooperantes del sector, han establecido mecanismos bilaterales de diálogo e información con las ONG que trabajan, pero esto no sustituye el necesario diálogo con las autoridades sectoriales y así como el vital impulso de más y mejores mecanismos de coordinación.

Lecciones Aprendidas

Es primordial, el poder concretar la participación de la sociedad civil en los mecanismos de diálogo entre el Gobierno y la comunidad cooperante, así como de fortalecer el acompañamiento y monitoreo del proceso de ES y AyA a través de distintas iniciativas y mecanismos identificadas con la Sociedad Civil.

Encontrar el equilibrio en cuanto a la representatividad de la sociedad civil y ONG en los espacios de diálogo con el MINSA es todavía un reto serio en el sector, así como la consistencia del diálogo, la periocidad de las reuniones y el establecimiento de una agenda conjunta de trabajo y seguimiento de compromisos.

A nivel de sociedad civil en el sector y ONG existe mucho desconocimiento de lo que es el ES y mucha desconfianza en cuanto a la tendencia de "centralizar fondos" que el mecanismos aparenta tener.

La mayoría de los cooperantes del sector siguen manteniendo sus espacios bilaterales de diálogo con sociedad civil, y aquí lo que predomina es la agenda del donantes, más que la discusión desde un enfoque de sector.

Como ya hemos mencionado, las ONG representan importantes recursos en el sector por lo cuál es necesario hacer mayores esfuerzos por una mayor integración y compartir de información.

Se ha dado a finales del 2007 una promoción a nivel nacional del análisis del rol de las Organizaciones de Sociedad Civil en el marco de la Declaración de París y puede encontrarse en esta discusión elementos interesantes que puedan ser retomados a nivel de sector para enriquecer el conocimiento de todos los actores del proceso sobre el tema.

2.4.5 Coordinación de la Cooperación

A pesar que se da inicio a un proceso formal de diálogo, negociación y coordinación entre el Gobierno y la Comunidad Cooperante a través del Decreto Presidencial 71-2003 sobre la conformación de las Mesas y Sub-mesas Sectoriales y otras instancias de coordinación, se reconoce que el sector de salud contaba desde 1998 con el Comité Inter-agencial de Agencias del Sector Salud (CIAAS).

El CIASS, al igual que el actual espacio de la Mesa Sectorial de Salud, era también un espacio de intercambio de información y coordinación entre el MINSA y la comunidad cooperante, no obstante su esquema e instrumentos no estaban respaldos o enmarcados en un proceso más amplio de carácter nacional.

Partiendo del Decreto Presidencial 71- 2003, los años 2003 al 2005 fueron esencialmente un periodo de concertación, afinamiento del propósito y mecanismos de funcionamiento de la Mesa de Salud, de manera que la misma pudiera posteriormente poner en marcha su ES.

Pero es realmente a partir del 2006 que podemos empezar a observar una puesta en práctica real y efectiva de los distintos instrumentos de coordinación entre el sector y los cooperantes (ej. Manual de Funcionamiento, Código de Conducta, Memorándum de Entendimiento, entre otros instrumentos de regulación sectorial). Es en este momento que se logra visualizar en alguna medida las primeras dificultades y obstáculos de los instrumentos creados y puestos en marcha para la coordinación del sector.

Valoración sobre la utilización de los Instrumentos de Coordinación:

Es válido iniciar señalando que con el cambio de Gobierno, la Mesa Sectorial de Salud fue una de las pocas mesas que continuó un nivel aceptable de diálogo y funcionamiento a pesar de no haber un mandato expreso y claridad a nivel de las instituciones globalistas sobre la continuidad

del esquema de mesas de coordinación con la cooperación establecido por el Gobierno anterior (Decreto Presidencial 71-2003).

En el sector, el mandato político de avanzar en esta línea y de continuar con la profundización de los mecanismos existentes, fue expresado por la Ministra de Salud en la primera reunión de la Mesa Sectorial en marzo del 2007, en la cual se presentó la nueva política sectorial de salud y los lineamientos del Gobierno para el sector, así como de dar continuidad a los asuntos previamente acordados y establecidos a través de este espacio de diálogo.

A partir de los lineamientos básicos para la buena conducción de una mesa sectorial establecidos[47] en los Lineamientos del Enfoque Sectorial[48] en materia de coordinación de la cooperación y específicamente las funciones para el desarrollo de la misma, se realiza a continuación un análisis del funcionamiento hasta la fecha del principal espacio de coordinación del sector:

Seguir el Plan Nacional de Acción Nacional para Armonización y Alineación. Elaborar un plan de trabajo para el avance hacia el ES. A partir del Plan de Acción Nacional para AyA, adaptado a las características del Sector.

En la primera reunión de la Mesa Sectorial, a inicio del 2007, el MINSA presentó un borrador de un Plan Sectorial de AyA, el cual correspondía a un periodo de tres años partiendo del 2007 hasta el 2009 y que constituía una adecuación sectorial de lo estipulado en el Plan Nacional de AyA.

Sin embargo, la propuesta presentada en la reunión de la Mesa Sectorial debía ser revisada y discutida de manera más amplia para que fuera tanto del consenso del MINSA como de la comunidad cooperante. En este sentido, se le delegó la responsabilidad de la revisión al Comité Técnico, sin embargo esta instancia no ha retomado la revisión del plan sectorial de AyA, el cual debería de ser un instrumento importante que acompañe al Código de Conducta, a fin de lograr de manera complementaria la profundización del ES incluyendo a todos los cooperantes del sector.

Preparación. Como lugar de diálogo entre el Gobierno y cooperación, las instituciones del sector y las instituciones globalistas que estén involucradas en alguno de los temas que se aborden tiene que llegar a la reunión de la mesa con una posición común.

La comunidad cooperante expresa que ha existido a lo largo de los años un incremento y mayor nivel de apropiación y conducción del diálogo por parte del MINSA, especialmente un reforzamiento a partir del 2007. Se valora positivamente la preparación de parte del Gobierno en la rendición de informes y cuentas ante la mesa sectorial, los cuáles disponen un amplio nivel de detalle y calidad de la información.

[47] Estos lineamientos fueron establecidos por el MINREX, MHCP y la entonces SETEC, hoy en día SEPRES, con el objetivo de contar con criterios y lineamientos comunes y poder así medir los avances en materia del Enfoque Sectorial en Nicaragua a partir de una definición nacional común.
[48] IV Foro de Coordinación de la Cooperación en Nicaragua. Ministerio de Relaciones Exteriores, Noviembre 2005. pp. 81.

No obstante, para algunos cooperantes sigue siendo una debilidad que la agenda de las reuniones de la mesa sectorial, por lo general, esta carga de temas y aspectos informativos que son importantes, pero que no se brinda la oportunidad y el tiempo suficiente para discutir asuntos estructurales y estratégicos del sector.

Ante esto, existe la propuesta de que para lograr que las reuniones de la mesa sectorial sea más un espacio de retroalimentación y de intercambio de conocimientos, se realice una reunión anual de evaluación que permita tomar un tema específico o varios, a ser discutido a profundidad a fin de que se logre aportar hacia un verdadero fortalecimiento del ES.

Desafortunadamente no se ha visto una mayor presencia o participación de las instituciones globalistas en las mesas sectoriales, aunque se han formado grupos de trabajo más técnicos en el marco de la implementación del MPMP en donde si ha habido una mayor integración de estas instituciones.

Crear un grupo permanente dirigido por un directivo

A partir de lo establecido en el CdC sobre el establecimiento de instancias de seguimiento del ES, se han conformado la Secretaría Técnica del Enfoque Sectorial y el Comité Técnico de la Mesa Sectorial, los cuales se han convertido en las instancias rectoras del proceso del ES y de la coordinación de actores. De igual forma, se cuenta a partir del 2006 con términos de referencias para la Mesa Sectorial.

Se valora que estas instancias e instrumentos deben ser utilizados como punto de partida para la planificación de las reuniones. Se reconoce el nivel de operativización que se le ha dado al Comité Técnico de la Mesa Sectorial en el año 2007, donde se ha podido concretizar en aspectos puntuales y se ha logrado establecer un calendario de reuniones en el cual se expresan las actividades de la Mesa Sectorial de Salud.

Adicionalmente, se cuenta con un enlace por parte de la cooperación ante el MINSA, el cual es el canal de comunicación y coordinación entre la comunidad cooperante y el MINSA, con la finalidad de facilitar la elaboración de posiciones comunes por parte de los cooperantes y lograr así un diálogo menos complicado con el sector.

Anteriormente, Países Bajos ejercía esta función, pero a partir del 2008 esta será ejercida por Suecia. Se valora que el desempeño del enlace depende del conocimiento y capacidades del funcionario sobre AyA y ES, pero también del respaldo de su agencia y sus compañeros cooperantes a nivel de sede de apoyar el proceso sectorial.

Crear grupos de trabajo que aborden los elementos del plan de trabajo sectorial y lleven propuestas a la mesa.

Según lo establecido en los términos de referencia de la Mesa Sectorial, en el 2007 se retoman la conformación de los grupos de trabajos, estableciendo los mismos como una instancia para una

discusión a mayor profundidad de temas estratégicos y de importancia del MINSA, que permitan fortalecer áreas de interés de esta institución con el apoyo de la cooperación.

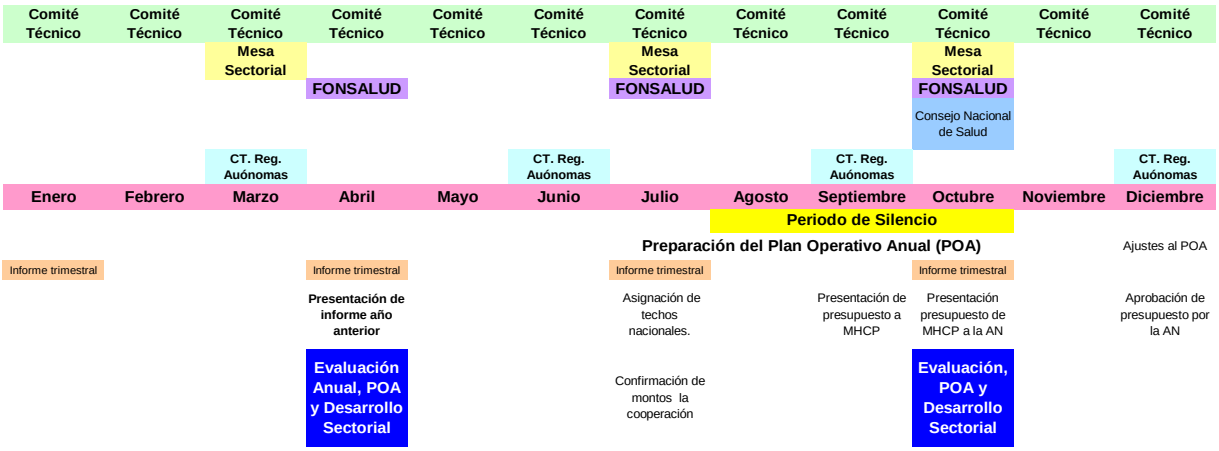
Sin embargo, fue expresado en entrevistas con la cooperación de que a pesar que se ha retomado los grupos de trabajos en tres áreas temáticas, el MINSA demuestra no tener mucha voluntad de ejercer liderazgo pleno y conducción de los mismos. Para algunos cooperantes se da la sensación de que estos grupos están respondiendo más a necesidades de la cooperación que a una necesidad consciente del MINSA de avanzar y profundizar en los temas de los grupos de trabajos.

Es importante que en estos espacios, la agenda sea en base a las necesidades del MINSA a fin de que el diálogo más especializado permita profundizar en áreas específicas del Enfoque Sectorial, y que su discusión no responda a las necesidades o intereses individuales de los cooperantes s del sector. No obstante, también se expresó por la mayoría de los cooperantes que una limitante, a pesar de la funcionalidad propia de los grupos de trabajos, es que la mayoría de sus integrantes no son expertos en la materia en discusión, sino que más bien técnicos administrativos para el sector salud o social de sus agencias.

Se destaca entre los avances logrados en los grupos de trabajo para el 2007, los esfuerzos realizados desde el grupo de Economía y Salud a, desde donde se impulsó el esfuerzo de auditorías con criterios comunes a fin de disminuir la carga institucional del sector, logrando así contar con unos términos de referencias conjuntos para los miembros de FONSALUD y el BID.

Tener un calendario anual de reuniones con agenda básica. En las que se abordaran los aspectos esenciales. Para trabajar con estos temas el Gobierno y la cooperación aportaran con anticipación la información necesaria.

De igual forma de valora positivo el avance del sector con la puesta en marcha de un calendario anual de la Mesa Sectorial, mismo en el que se ven reflejado los tiempos de las reuniones, así como de otras actividades del sector vinculadas al ES. Este tipo de instrumentos permitirá ir construyendo una mayor planificación operativa entre los distintos espacios de diálogo del sector (Mesa Sectorial, Comité Técnico y Comité de FONSALUD).



Fuente: MINSA

De igual forma, que se ha logrado estrechar el acercamiento entre la Mesa Sectorial y el Comité Técnico de FONSALUD, avanzando en la coordinación de temas y tiempos entre las reuniones de estas dos instancias. Así mismo, se ha logrado avanzar en que los temas que son de interés de todos los cooperantes son compartidos ante toda la Mesa Sectorial y no exclusivamente al FONSALUD, como era la práctica habitual en años anteriores.

En el calendario anual de actividades se ha acordado realizar dos reuniones de la Mesas Sectorial, al igual que dos reuniones de FONSALUD al año, y que el Comité Técnico se reúna en dependencia de su agenda mensualmente a fin de dar seguimiento a temas puntuales que han sido acordadas en el Plan de Actividades del Comité Técnico de la Mesa Sectorial.

Este plan de actividades del Comité Técnico de la Mesa Sectorial es un instrumento que cuenta con resultados específicos a ser alcanzados con sus respectivas actividades en un tiempo delimitado y con actores involucrados, lo que permite operativizar las funciones y dar seguimiento al desempeño de esta instancia en base a los acuerdos al final de año.

Fuera del marco general de la mesa sectorial se observa que con la creación del fondo común de FONSALUD, se ha creado un mecanismo de trabajo exclusivo para el seguimiento del MdE y sus recursos, lo que conlleva a tener otro mecanismo de coordinación más reducido entre los socios integrantes y el MINSA.

Se observa que actualmente, con un FONSALUD más sólido y con más de dos años de funcionamiento, se ha logrado un mejor y más fluido diálogo entre los actores, pero todavía se pueden apreciar problemas de parte de algunos socios para el desarrollo (en particular el BM) en no respetar lo estipulado en el MdE, y seguir haciendo solicitudes fuera del marco establecido lo que ha causada en muchas ocasiones discrepancia entre los donantes bilaterales con los multi-laterales.

La razón de integrar en un mismo marco (FONSALUD); aportes de donaciones de bilaterales y un préstamo del Banco Mundial, ha complicado en cierta medida el cumplimiento de los términos y acuerdos estipulados en el MdE, lo que ha repercutido en una dificultad en el nivel de coordinación y armonización de los procedimientos a nivel de esta instancia de coordinación. Estas condicionalidades o exigencias particulares resultan ser una duplicación de esfuerzos al sector, y así marchando en la lógica contraria de los principios de este tipo de instrumentos.

Fue manifestado en las entrevistas con la comunidad cooperante que este tipo de actuar por cooperantes conlleva a una violación de lo acordado, y sobre todo consideran que la aceptación del MINSA de estos requerimientos adicionales debe ser interpretada como una concesión de privilegios especiales por parte de esta institución. Sin embargo, debe de dejarse claro que la integración a un mecanismo de cooperación conjunta, implica que los cooperantes deben de estar dispuestos a alinearse a los mecanismos establecidos por el sector y el país y no exigir exenciones particulares fuera de lo establecido en los instrumentos.

Existen diversas opiniones sobre el diálogo cargado que provoca el MdE al MINSA. Los cooperantes que no integran el FONSALUD, y aun lo que están en FONSALUD (algunos) consideran que el diálogo para este sector se vio que se venía encaminando hacia una discusión

centrada en las necesidades y procedimientos establecidos en el FONSALUD (MdE) y no en un contexto más amplio a todos los cooperantes del sector.

A pesar de los avances en materia de instrumentos y la conformación de los mecanismos e instancias, se valora tanto por el MINSA como por los miembros de la comunidad cooperante que la Mesa Sectorial de Salud trabaja en función del proceso, y de manera muy limitada a nivel de avances substantivos o ejes temáticos, área en donde se requiere profundizar de manera estratégica para lograr dar un salto cualitativo en materia de poner en marcha un enfoque sectorial a nivel práctico.

Lecciones Aprendidas

La Mesa Sectorial debería de ser el espacio de diálogo por excelencia de todos los cooperantes con el MINSA. No obstante, para el sector salud se puede decir que no ha funcionado como el foro principal de diálogo del sector como es su intención, debido a que se valora que se ha puesto mayor énfasis en los acuerdos financieros conjuntos para FONSALUD, el cual ha jugado en última instancia un rol mayor que la Mesa Sectorial.

Esto ha creado muchos problemas en cuanto al manejo del programa del sector tales como que muchos actores entre los socios para el desarrollo han sido dejados fuera del diálogo, o que se ha puesto mucho énfasis en los asuntos fiduciarios en vez del desarrollo.

Un error que se ha convertido en una lección aprendida para este sector fue la decisión de presentar el CdC como un anexo al MdE, restando así valor al CdC y conllevando a que este sea interpretado por muchos cooperantes que la firma de un CdC es un pre requisito para avanzar hacia la firma del MdE.

Esta interpretación pudiese ser una de las razones por las cuales tal vez exista aún un número muy limitado de cooperantes que integran el CdC, a pesar que la mayoría de la agencias integrantes de la Mesa Sectorial expresan estar comprometidas con el avance de los principios y proceso de AyA a nivel sectorial.

Las expectativas a las que se debe de avanzar es lograr un mayor respaldo a los compromisos asumidos en la Mesa Sectorial por parte de los cooperantes y avanzar hacia un mayor número de cooperantes integrantes del CdC a fin de lograr consolidar los avances logrado hasta la fecha.

Stephan Sjolander, en un informe de consultoría sobre el ES de Salud ha expresado las siguientes recomendaciones deben ser consideradas para fortalecer el proceso de diálogo a través del CdC y moverse de lo que son los asuntos técnicamente fiduciarios del MdE.

"……ese proceso se debilita por el hecho que al CdC le faltan las partes vitales de regulación, no solo de arreglos institucionales, sino también de las principales actividades del ES a través del ciclo de planificación anual y la planificación de estas actividades".

Considera que la intervención más urgente del ES del sector salud es por tanto complementar el CdC con la calendarización de actividades para la política, planificación, monitoreo y diálogo de

resultados. De aquí la importancia de retomar el trabajo iniciado de elaboración de un plan sectorial de AyA que recoge estos y otros aspectos relevantes al CdC y un mecanismo claro de seguimiento.

El CdC debe de ser un instrumento único rector del proceso del enfoque sectorial independientemente las distintas modalidades financiamiento que se utilicen en el sector. Si bien el CdC puede ser un anexo al MdE este no exclusivamente debe ser en calidad de integrante del mismo, dejando así por fuera a otros actores lo que de alguna manera se ven atados a ciertas condiciones.

La coordinación y consolidación del diálogo requiere del respaldo y apoyo continuo de las acciones emprendidas a nivel sectorial por parte de las instituciones globalistas en el contexto de la agenda nacional de AyA. De igual forma, fue expresada la necesidad de contar con mayor apoyo del Ministerio de Relaciones Exteriores y la Secretaría de la Presidencia en las negociaciones de convenios y programas con los cooperantes.

Se identifica que para la profundizar un enfoque sectorial es indispensable contar con una coordinación fuerte a nivel inter institucional y de un amplio conocimiento del enfoque sectorial desde las diferentes instancias. Las mismas deben de participar en la mesa sectorial a fin de poder impulsar el proceso. La coordinación se ve afectada por la rotación de los funcionarios tanto de la agencias de cooperación como de los funcionarios dentro de la institución de una área a otra o de despidos de los mismos. En este sentido, se pierde la continuidad del fortalecimiento institucional y conocimiento sobre el proceso en sí. Se requiere contar con funcionarios tanto de parte de las distintas instancias de gobierno que están vinculadas al Enfoque Sectorial, como de los técnicos de la cooperación sobre el manejo de este tipo de modalidades de cooperación. De igual forma, se evidencia que es importante para profundizar en el proceso de acompañamiento técnico y expertos que respondan a las necesidades del MINSA y no de los donantes para profundizar el proceso.

La comunidad cooperante debe de evitar tener diálogos paralelos fuera del esquema de la Mesa Sectorial a fin de evitar una fragmentación del diálogo establecido de esta instancia de coordinación.

Es fundamental asegurar que se cuente con un calendario de coordinación sobre el espacio de la mesas sectorial y que el mismo sea respetado por ambas partes. El calendario debe de incorporar los momentos de planificación y seguimiento, facilita la adaptación al ciclo presupuestario nacional y la toma de decisiones.

Los grupos de trabajo deben de contar con personas expertas, ya que muchas de la agencias los funcionarios que dan seguimiento al sector salud no son necesariamente expertos. El diálogo en este espacio debería de ser más de carácter sustantivo para lograr aportar en los avances de lineamientos políticos y técnicos del sector.

No se puede limitar el diálogo a los firmantes del Cdc y MdE. Dejando por fuera de este diálogo y agenda a los otros cooperantes del sector que aún siguen representado un importante porcentaje de la cooperación total recibida por el sector, y que tienen mucho camino que andar en términos

de disminuir requerimientos, coordinar trabajo y misiones, flexibilizar sus proyectos, y alinear los mismos a las prioridades del sector.

3. Enfoque Sectorial y Apoyo Presupuestario

Nicaragua es considerada por la comunidad internacional, en el marco de la agenda AyA como unos de los países socios que más ha logrado avanzar hacia nuevas modalidades de cooperación, entre las cuales se destaca la puesta en marcha y adaptación a la dinámica nacional de Fondos Comunes (FC) y Apoyo Presupuestario (AP).

En Nicaragua, el AP da a través de contribuciones de los cooperantes para financiar directamente el Presupuesto General de la República. Estas contribuciones se efectúan usando los sistemas de asignación, adquisición y contabilidad del Gobierno.

En Nicaragua se emplea el AP desde 2002, pero no fue hasta mayo de 2005 que se firmó el Arreglo Conjunto de Financiamiento para Apoyo Presupuestario General entre el Gobierno de Nicaragua y el Grupo de Donantes (ACF) con la participación de 9 cooperantes.

Ésta es en teoría una nueva modalidad de la cooperación que viene a representar desembolsos más ágiles y mayor predicción en el aseguramiento de los recursos externos, alineamiento con el sistema presupuestario y las prioridades del país. El AP es reconocido como una señal de transparencia y respaldo político al Gobierno, y como una modalidad que reduce los costos de administración, basado en acciones e indicadores de progreso y resultados.

Actualmente, los miembros del GAP son los países de: Alemania (préstamo), Finlandia, Gran Bretaña, Noruega, Reino de los Países Bajos, Suecia, Suiza, así como multilaterales del Banco Mundial (préstamo) y Unión Europea y ahora recientemente se ha añadido a esta modalidad el Banco Interamericano de Desarrollo.

El acuerdo marco del AP establecido en el ACF, y en éste acuerdo el diálogo se basa sobre la implementación de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), el seguimiento del avance fiscal y los compromisos de desembolsos de los cooperantes.

Las condiciones generales del AP tienen que ver con derecho internacional, derechos humanos, principios democráticos, rendición de cuentas y lucha contra la corrupción, políticas macroeconómicas y reducción de la pobreza.

El seguimiento a los recursos dirigidos a AP se lleva a cabo mediante una matriz de indicadores de evaluación del desempeño (en ingles Performance Assessment Matrix - PAM), que aborda temas de estabilidad macroeconómica, administración de las finanzas públicas, desarrollo productivo rural, bienestar social y gobernabilidad.

Cabe mencionar el Gobierno actual acordó en la primera reunión al anual de Grupo de Apoyo Presupuestario, realizada en julio del 2007 entrar en una revisión y simplificación del PAM. Ante este acuerdo, el Gobierno de Nicaragua presentó en la reunión de medio término realizada en noviembre del 2007, una matriz simplificada de indicadores para el Apoyo Presupuestario, la cual consta de 22 indicadores de impacto (de los más de 60 iníciales).

Actualmente, los informes que el Gobierno tiene que entregar, según lo establecido en el ACF incluyen por lo menos:

- Informe anual sobre los avances de la ERP
- Implementación del plan de finanzas públicas
- Plan nacional de adquisiciones
- Indicadores de gasto público y de rendición de cuentas financieras
- Prueba de conformidad
- Evaluación conjunta del APG
- Auditoría de la Contraloría General de la República
- Presupuesto presentado a la Asamblea Nacional
- Reglamentos y normas que rigen el presupuesto
- Informe final de ejecución del presupuesto
- Informes de revisión del programa de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (PRGF por su nombre en inglés)
- Informes sobre el Fondo Social Suplementario
- Marco Presupuestario de Medio Plazo del año en curso
- Informes trimestrales de desempeño del presupuesto e informes trimestrales del flujo de APG

Hay que destacar que la programación y desembolsos de recursos para apoyo presupuestario además dependen de la realización de reuniones dos veces al año para revisión y análisis del avance y programación respectivamente, aparte de los procesos bilaterales de consultas, negociaciones y programaciones entre cooperantes y el Gobierno.

A la fecha, casi tres años de la puesta en marcha del ACF, se han identificados los obstáculos y retos de esta modalidad, razón por la cual la nueva administración de Gobierno ha decidido iniciar un proceso de revisión y ajuste a los instrumentos de la misma.

Se estará entrando en una revisión de ciertos aspectos del ACF para el próximo año, esto con el fin de disminuir la carga de trabajo y duplicidad de requerimientos que hasta la fecha han existido.

En el Programa Económico Financiero del Gobierno de Nicaragua se observa que durante el período 2005-2006 el Grupo de Apoyo Presupuestario ha desembolsado 142.4 millones de dólares y se estima que para el año 2007- 2010 los desembolsos promedios serán de alrededor de 86.2 millones de dólares bajo esta modalidad de financiamiento, lo que totalizaría un monto de 258.3 millones de dólares para los siguientes tres años[49].

Se observa que en alguna medida a partir del 2006 ha existido una disminución en la cantidad de recursos desembolsados, ya que la cantidad desembolsada no correspondió a lo inicialmente comprometido (en esto ha influido el retiro de la ayuda de Suecia a esta modalidad - y del país en general a partir del 2009 - así como la de Alemania que ha decidido suspender momentáneamente la entrega de recursos a través de esta modalidad al Gobierno de Nicaragua) y presentado como proyección por los donantes.

[49] Gobierno de Nicaragua. Programa Económico – Financiero 2007-2010. Agosto, 2007

Montos en Millones de Dólares	2005 (desembolsado)	2006 (desembolsado)	2007 (desembolsado)	2008 (proyección)
PRESTAMOS				
Banco Mundial	-------	30.3	25.16	20.0
Alemania	5.0	2.6	5.8	----------
DONACIONES				
Suecia	7.4	9.5	-----	----------
Noruega	3.0	3.0	3.3	4.2
Holanda	10.7	12.8	13.97	16.2
Reino Unido	0.6	1.9	2.75	5.2
Suiza	-------	10.0	5.2	5.4
Finlandia	1.8	4.2	2.5	2.7
Comisión Europea	11.5	27.7	22.46.	38.5
TOTAL	**40.0**	**102.0**	**81.16**	**91.9**

Algunos de estos montos, por contradictorio que parezca, están atados o dirigidos a programas específicos, como es el caso del Banco Mundial en apoyo a la Estrategia Country Assessment Strategy del periodo 2008- 2012, estrategia que está pendiente de aprobación.

En el caso de Alemania, este ha decido para el año 2008 retener sus desembolsos y ha manifestado la eventual asignación dependerá de las reformas políticas y de un diálogo intensivo con los cooperantes. Finalmente, está el caso de la Comisión Europea, que ha atado su AP a la implementación de dos programas denominados PAPND y PAPSE II.

Los recursos desembolsados a través de AP corresponden a un estimado del 10 % del Presupuesto General de la República y alrededor del 15 % de la AOD que el Gobierno recibe. Como se puede observar el uso de esta modalidad de cooperación es aún bastante limitado.

En teoría, una de las ventajas de las modalidades conjuntas de cooperación es que emplean criterios, actividades, indicadores, informes, reuniones y condicionalidades comunes. Esta ventaja está limitada en el AP de Nicaragua porque, además de los informes adicionales anteriormente señalados, 7 de los 9 firmantes incluyen especificidades en el ACF, tramos variables vinculados sólo a una parte de los indicadores de las PAM, mecanismos distintos para establecer los compromisos de desembolsos, motivos especiales para poder suspender los desembolsos, condicionalidades específicas para comprometer desembolsos y, en general, imposibilidad de hacer compromisos firmes multianuales.

Estas condicionalidades están fundamentalmente relacionadas con políticas y normas de los cooperantes y no responden a limitaciones de la gestión pública nacional[50]. Han quedado establecidas disposiciones específicas para el desembolso de Apoyo Presupuestario por cooperantes: el tramo general se comprometerá en base a la evaluación general de la PAM y en

[50] Documento del V Foro de Coordinación de la Cooperación, MINREX 2006. Sin publicar

el caso de los que utilicen figura de tramo variable (como la CE) se comprometerá en base a la evaluación de las metas e indicadores específicos seleccionados por cada uno de los donantes de la PAM y consensuados con el GON (directamente vinculados a sus programas específicos).

Una reciente evaluación del apoyo presupuestario general de 1994 a 2004 realizada en siete países, entre ellos Nicaragua[51] caracteriza el AP de Nicaragua como incipiente y en fase de maduración. Señala que se han logrado significativos avances en alineamiento y armonización, aunque la repercusión a nivel de país es pequeña, porque los principales cooperantes en volumen de recursos están fuera del ACF y siguen manteniendo predominantemente la modalidad de proyectos.

Indica también que la apropiación y liderazgo tienen que fortalecerse, porque el proceso está demasiado dirigido por los cooperantes. Pese a estas limitaciones, la evaluación concluye que el AP es un instrumento prometedor para la apropiación y liderazgo y el fortalecimiento institucional.

Algunos de los entrevistados (funcionarios de gobierno) expresan que el AP no ha tenido impacto sobre la estabilidad fiscal, porque los recursos no son adicionales a los que anteriormente desembolsaba la cooperación, sino que substituyen a los que llegaban para equilibrar la balanza de pagos o al Fondo Social Suplementario. Además se han producido atrasos significativos en los desembolsos relacionados con las negociaciones del Gobierno con el Fondo Monetario Internacional.

Algunos de los socios para el desarrollo que vinculan sus desembolsos a resultados sectoriales, han asumido automáticamente que su aportación al AP representaría un incremento del presupuesto sectorial e, incluso, así lo han manifestado a algunas instituciones.

Esta asunción, que no es coherente con los principios del AP, ha creado falsas expectativas en algunos ministerios sectoriales. Estos ministerios han hecho planes operativos anuales sobre presupuestos irreales y han tenido que dejar sin financiamiento actividades programadas.

Algunas apreciaciones sobre el tema fueron vertidas por el ex Viceministro Secretario de Relaciones Económicas y Cooperación, señor Mauricio Gómez Lacayo en ocasión de una exposición realizada en Honduras a mediados del 2007, sobre el tema de AP.

"……cuando analizamos los recursos, nos damos cuenta que estos recurso antes los recibíamos bajo otras modalidades como apoyo a balanza de pagos, prestamos sectoriales y multisectoriales y fondos social suplementario, y solamente en algunos casos particulares tenemos adicionalidad. Solamente en el caso de la Unión Europea tenemos un giro total de apoyo a proyectos a apoyo presupuestario. De ahí solamente vemos una leve complementariedad de algunos cooperantes bilaterales, que todavía conservan la mayoría de su portafolio en financiamiento atado a proyectos.

[51] Evaluación conjunta del Apoyo Presupuestario General 1994 - 2004. Informe de País

De lo anterior se deriva igualmente que hemos pasado de condicionalidades más flexibles a condicionalidades más rígidas. Antes si no cumplíamos con algunos compromisos, pues solamente se atrasaba el desembolso (puesto que al final se encontraba un waiver de condicionalidad), y ahora estamos viendo que si no se cumple con la parte macroeconómica, o política sectorial, corremos el riesgo de no tener desembolsos de tramos fijos o variables del apoyo presupuestarios.

En conclusión, hemos pasado de un sistema de seguimiento y condicionalidades más complejo y riesgoso para el país receptor, ya que el mismo sistema puede ir en contra de los principios de estabilidad macroeconómica y sectorial que estamos tratando de promover.

Así mismo, observamos que el acuerdo de financiación conjunta es un convenio de una sola vía que solamente exige cumplimiento al país receptor pero que no permite medir el nivel de cumplimiento del cooperante con las políticas, planes y programas que estamos queriendo impulsar. Es un convenio de una sola vía que no está tomando en cuenta el principio principal de Armonización y Alineamiento que se basa en responsabilidad mutua, o joint accountability

De igual forma, el Grupo de Apoyo Presupuestario funciona como un subgrupo que no es parte del sistema total de planificación y presupuestación, debido a que solamente nos juntamos para valorar el sistema de apoyo presupuestario, sin tomar realmente en cuenta que para poder lograr las metas y objetivos planteados en las matrices de seguimiento, tenemos que valorar la calidad del resto de recursos externos e internos. Pero lamentablemente la cooperación termina cuestionando la calidad del gasto en pobreza, sin reconocer la falta de efectividad de la mayoría de recursos externos".

3.1 Análisis de PAM e Indicadores de Salud

La simplificación de las matrices y los indicadores de seguimiento, ha permitido unificar y reducir las condicionalidades, así como de garantizar que los indicadores sectoriales (en este caso lo del PQS) estén vinculados o mejor dicho formen parte del Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH), a fin de evitar un incremento de compromisos o modificar el proceso de seguimiento.

En relación al seguimiento de la PAM, y en vista que los indicadores y metas definidas responde a un seguimiento de parte de los sectores, estos deberían de ser transferidos a las mesas sectoriales, a fin de lograr mayor calidad al proceso y descargar al MHCP de tareas en las que es un mero intermediario.

Como mencionado anteriormente, la sobre carga y exigencia de los donantes en la reuniones agobia a los funcionarios del Gobierno, debido a que los donantes en la mayoría de los casos, ya sea de manera conjunta o de manera bilateral, solicitan información adicional a la que está comprometido el gobierno a brindar.

En referencia a las matrices de desempeño (PAM), al realizar una comparación entre los indicadores en la matriz anterior y los indicadores en la actual matriz, se observa algunas áreas que anteriormente no eran considerados para los sectores fueron introducidos. A continuación se

presentan los indicadores correspondientes al MINSA que estaban anteriormente reflejados en la PAM Sectorial.

Tema	Acciones	Indicadores
VIH-SIDA	Detener la propagación del VIH-SIDA y comenzar a revertirla en 2015	- Porcentaje de centros escolares con maestros consejeros, docentes y población estudiantil (secundaria y 5to y 6to grado primaria) capacitados sobre ITS/VIH/SIDA - Tasa de prevalencia de VIH/SIDA
Salud	Reducir la Mortalidad Infantil	- Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos registrados - Tasa de mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos registrados - Tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos registrados - Cobertura de Captación Precoz del Embarazo - Tasa de utilización de métodos anticonceptivos seguros en MEF (con base a este indicador se infiere la demanda - insatisfecha de Métodos de Planificación Familiar)

A continuación se presentan los indicadores pertinentes al sector salud, sobre los cuales el Ministerio de Salud debe de dar seguimiento conforme a la nueva matriz.

Tema	Objetivo	Acción	Indicador
Pobreza	Contar con información Oportuna y lo más confiable posible, sobre el estado de ladesnutrición.	Establecer una línea de base de desnutrición crónica, para los niños menores de 0-59 meses de edad con énfasis en los menores de 24 meses. Esta línea de base deberá ser establecida en el 2008 usando el nuevo parámetro, en los 66 municipios atendidos por PAININ. La meta será definida después de la línea de base.	% de niños menores de 24 meses con desnutrición crónica de los municipios atendidos por el PAININ (MIFAMILIA/MINSA) meta a partir del 2009.
Salud	Contribuir a mejorar las condiciones de Salud de la población priorizando al grupo materno e infantil.	Implementar la estrategia nacional de provisión de servicios básicos de salud, asegurando la inclusión de las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva, VIH/Sida y Nutrición, priorizando su implementación en las zonas más pobres del país.	Cobertura de Partos 71 Institucionales desagregado por SILAIS
			Mortalidad Materna (tasa por cien mil nacidos vivos), desagregada por SILAIS

La matriz social cuenta con cuatro temas: (i) pobreza; (ii) salud; (iii) educación; y (iv) agua, y sus respetivos indicadores y metas a partir de los cuales se valorará el desempeño del Sector Social. Esta cuenta de ocho indicadores y seis acciones, de las cuales el Ministerio de Salud es responsable de dar seguimiento y presentar avances de dos acciones y tres indicadores, uno de ellos siendo en conjunto con el Ministerio de la Familia (MIFAMILIA).

El indicador que será medido de manera conjunta entre el MINSA y MIFAMILIA corresponde al indicador de desnutrición crónica en los niños, el cual será medido a través de información brindada por la Encuesta de Salud (ENDESA) utilizando en año 2007 como año de partida.

En cuanto a este indicador en específico la cooperación internacional ha sugerido que se mantenga el indicador de la tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco (5) años para el 2008 y a partir del 2009 monitorear el indicador en base a la tasa de desnutrición crónica en niños de 2 años, para lo cual se deben definir metas.

Así mismo, se observa que este indicador no retoma los compromisos expresados por el Gobierno de Nicaragua en el PEF, y tampoco está dentro del grupo de indicadores del PQS. Sin embargo, se ha determinado que la medición de este tipo debería de ser responsabilidad del MINSA, debido a que está relacionado a la salud infantil. El problema de la medición en la actualidad de este indicador tiene que ver que el MINSA no cuenta con los instrumentos necesarios (tallimetro) para brindar el seguimiento apropiado.

Lecciones Aprendidas

Se ha visto que la discusión sobre los recursos de apoyo presupuestario a partir de la última reunión del GAP y revisión de la PAM estuvo más orientada a un compromiso de avances de los indicadores que a un diálogo político.

Sin embargo, este diálogo político es necesario para realizar una negociación del ACF, en que se logre acordar y establecer compromisos que sean realmente alcanzables por parte del Gobierno y que no venga a ser una camisa de fuerza.

El apoyo presupuestario debe de verse dentro de un esquema del compromisos tanto de los socios para el desarrollo como del país socio en el marco de la Declaración de París, y logrando poner en práctica los principios de la Declaración especialmente el de mutua responsabilidad.

En relación a los recursos que son brindado a través de la modalidad de apoyo presupuestario sectorial, se requiere tener cuidado a que este mecanismo que apoya a sectores específicos no distorsione los objetivos del apoyo presupuestario general.

Las matrices o el seguimiento de los recursos de AP no deben de responder a un seguimiento y evaluación de los donantes, sino que a necesidades del país socios, en donde se definan claramente las metas e indicadores que verdaderamente están en base a las prioridades del país y que son de insumos para mejorar las políticas nacionales. Para lograr esto es indispensable contar con un componente esencial, y es tener no solo funcionarios capacitados sino que también contar con sistema de seguimiento y evaluación establecidos y confiables.

4. Conclusiones

Se pudo observar en la presente investigación, que a nivel conceptual y marco general de aplicación de los conceptos del ES, siguen habiendo en el sector una diversidad de visiones y percepciones sobre temas básicos. Tales como, qué se debe considerar enfoque sectorial, quienes deben participar y cuál es su alcance real en la actualidad del sector.

En lo relativo a apropiación y liderazgo, se valora que a pesar del cambio de Gobierno, existe una posición a nivel del sector de continuar avanzando en los esquemas de diálogo existentes y en el proceso del Enfoque Sectorial. Se cuenta con un mayor liderazgo por parte del MINSA en la conducción del ES, y un reajuste acorde a las necesidades y prioridades establecidas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN).

Se reconoce que hasta la fecha el MINSA ha ido ganando terreno en lo referente a ejercer un liderazgo político y ejecutivo del sector. Sin embargo, y como es de esperar, en un proceso tan complicado y amplio de cambio como es el ES, todavía queda camino por recorrer.

Es importante con este fin retomar y finalizar el trabajo de revisión y consenso de la propuesta existente del Plan Sectorial de AyA, así como retomar en este plan los principales objetivos que deben ser alcanzados conjuntamente en el proceso, y que se complementen con un mecanismo formal y práctico de seguimiento y evaluación, que permita ir revisando el proceso, y haciendo los necesarios ajustes.

Se habla de una primordial (y no realizada aún) tarea de identificación de necesidades, formulación de un plan para resolver las mismas, y consiguientemente la implementación del Plan (esto incluye una decidida voluntad política, asignación y respeto de los recursos institucionales). Este proceso debe de ir acompañado de una decidida y firme voluntad institucional de conservar los recursos creados y tratar de mantener la rotación del personal al mínimo posible.

Es de vital importancia redoblar los esfuerzos de capacitaciones y entrenamiento, tanto en temas gerenciales en general como en el tema del Enfoque sectorial en particular, no sólo a las áreas vinculadas a la planificación y cooperación, sino que a todos los actores, incluyendo al nivel central y local. De igual forma, se requiere adaptar la formación de capacidades a las nuevas modalidades y esquemas de cooperación, tanto para el MINSA y las contrapartes (cooperantes).
Aunque se reconoce que en lo práctico el ES se ha centrado en la interacción de dos actores: del Gobierno, exclusivamente el MINSA, y por parte de la comunidad de cooperante, los miembros firmantes del CdC y MdE, es muy importante que en este enfoque se incluyan además instituciones del Gobierno relacionadas al sector (educación, agua y saneamiento, protección social y al mismo INSS), instituciones globalistas, cooperantes independientemente de su modalidad de cooperación, representantes del sector privado, sociedad civil y ONG.

Se debe lograr entonces sentar en la Mesa Sectorial a todos estos actores para garantizar una mayor complementariedad y evitar duplicaciones, reconociendo las particularidades de cada actor, su trabajo y misión. En el caso de las ONG y OSC se sugiere que se fortalezca el esquema

de diálogo bilateral actual, y que sea este espacio el encargado de seleccionar y nombrar a sus representantes en la mesa sectorial para lograr así una integración y mayor fluidez de información de diálogo general entre todos los actores. En este sentido, la Mesa Sectorial debe ser el espacio de diálogo por excelencia, coordinación e impulso del ES y de todos los temas prioritarios del sector.

La Mesa Sectorial podría mejorar su funcionamiento general y su eficacia si se mejoraran los temas relacionados a la calidad de la información, así como la entrega de la misma con mayor anticipación a fin de que se pueda dar un espacio más rico de discusión.

Es responsabilidad primaria del MINSA y de todas las instancias que se han establecido conjuntas con cooperantes, el poder asegurar este flujo y calidad de la información, sin olvidar que en este espacio conjunto se debe fomentar más un proceso de rendición de cuentas por parte de los cooperantes, en vista que hasta el momento el peso del trabajo, requerimiento de información y rendición de cuentas ha recaído mayoritariamente en el MINSA.

A fin de lograr un mayor funcionamiento de la mesa sectorial, se debe ir fortaleciendo el rol de los grupos de trabajo e identificar cómo los resultados de las discusiones, aportes y trabajos de análisis de los mismos sean integrados a la mesa y que apoyen en calidad del diálogo técnico, y de esta manera lograr enfrentar el reto de que en ocasiones se da un enfoque más político a la agenda, y no se aprovecha el espacio para entrar en temas técnicos más concretos y de mayor interés para todos los participantes.

Con el objetivo de lograr un mayor liderazgo, unificación de criterios y posiciones comunes a nivel del MINSA, se requieren realizar reuniones de impulso del enfoque sectorial a nivel interno entre las distintas direcciones del MINSA de manera periódica sobre los temas en agenda y de seguimiento, al igual que reuniones de preparación a las reuniones del Comité Técnico.

Así mismo, se sugiere realizar a nivel interno un proceso de nivelación de conocimientos mediante capacitaciones, a los responsables de áreas y funcionarios técnicos de apoyo vinculados al proceso, sobre el Enfoque Sectorial y su operativización, con el fin de fortalecer un lenguaje común.

Es ampliamente recomendable fomentar procesos de conocimientos e intercambio de experiencias con otros sectores que estén desarrollando experiencias similares de enfoque sectorial. Existe en términos generales mucha capacidad local (funcionarios de gobierno, cooperantes, consultores locales) que puede aportar soluciones ya aplicadas a problemáticas comunes en el contexto de la realidad nacional. Consideramos que el enfoque sectorial en salud puede ser considerado como un ejemplo de caso de estudio del desarrollo de ES en Nicaragua. Se puede considerar el mismo como un hito dentro del Proceso Nacional de AyA y de la agenda de eficacia de la ayuda.

El fortalecimiento del proceso del ES esta también en dependencia de los esfuerzos que se realicen a nivel del MINSA en lograr la profundización del proceso a nivel de los SILAIS, a fin de que los conocimientos y aplicación de esta modalidad permeen a nivel de los territorios y se logre cambiar o avanzar hacia una lógica diferente de trabajo. En este sentido, se deben unificar

criterios y conceptos desde una perspectiva nacional y sectorial, y fortalecer las capacidades más enfocadas a la gestión financiera y de planificación, y no únicamente a los temas de servicios y calidad de la salud.

Respecto a los instrumentos que se han logrado operativizar en el ES de Salud (Código de Conducta y Memorandum de Entendimiento), se observa que los mismos han aportado al avance y profundización del proceso, sin embargo se ha expresado la necesidad de realizar una revisión de estos instrumentos a fin de lograr una mayor aceptación y un mayor número de cooperantes en apoyo al impulso de la agenda de París a nivel sectorial. Esta revisión debe de lograr que el instrumento refleje mejor la realidad de las dinámicas del sector, tomando en cuenta las experiencias hasta ahora acumuladas sobre el proceso que puedan hacer del CdC un mejor y más amplio instrumento.

Para la implementación y fortalecimiento de normas, procesos y mecanismos de monitoreo, rendición de cuentas y seguimiento, tanto de los recursos públicos como de la cooperación, se requiere de un esfuerzo conjunto por parte del gobierno y los cooperantes para seguir clarificando y formalizando sus roles y responsabilidades en el marco de esta nueva propuesta de asociación.

Es positivo destacar que se logró observar que los proyectos y programas están medianamente vinculados con líneas estratégicas del PQS, así como con indicadores puntuales del mismo. A su vez, se observan avances en una mayor utilización de los esquemas nacionales de finanzas públicas, auditorias, adquisiciones y reportes institucionales (principalmente en el marco del ES y FONSALUD). Sin embargo, aún existen, cooperantes en el sector (en algunos casos con un peso muy importante monetariamente hablando) que continúan trabajando bajo esquemas propios de administración. Otro tema que aún amerita mucho trabajo y diálogo conjunto es el de las auditorias, debido a que es aquí donde se está registrado el menor avance en el uso de las auditorias propias del sector y uno de los mayores retos en cuanto a unificación de criterios y realización de las mismas en tiempo y forma por los órganos nacionales competentes.

Ha habido algunos otros ejercicios en pos de promover un mayor alineamiento, desarrollados en el sector, como el establecimiento de un período de silencio de misiones (en concordancia con una iniciativa nacional de similares características) y mejorar todo lo relativo a previsibilidad de la ayuda, periodo de silencio de misiones y similares. Sin embargo, los avances no han sido tan notorios y es un área que todavía representa un gran reto al sector.

Se ha logrado una reducción en el número de unidades paralelas de implementación de proyectos en el sector. En el año 2007, se contaba con 5 de 11 existentes en el 2005. Sin embargo, es necesario analizar que en muchas ocasiones las funciones y tareas de las mismas han sido trasladadas a las estructuras institucionales, sin avanzar mucho en su flexibilización o alineamiento a las normas y procedimientos nacionales. Lo anterior podría estar causando una mayor carga de trabajo al MINSA y en ocasiones a los cooperantes mismos.

En términos de coordinación entre cooperantes se reconoce un mayor diálogo entre los cooperantes del sector. Se ha puesto en marcha recientemente un proceso de fortalecimiento del espacio de la mesa de cooperantes, impulsado por principalmente por el actual enlace del sector,

esto vendrá a fortalecer el diálogo interno. Se cuenta, adicionalmente con iniciativas conjuntas que permiten compartir más información sobre las estrategias de trabajo en el sector. Aquí es destacable el rol del fondo común FONSALUD (a nivel de bilaterales y multilaterales), que de alguna manera se ha convertido en un espacio más integrado de trabajo y diálogo y que ha permitido compartir las capacidades de los distintos socios en beneficios de todos.

Sin embargo, FONSALUD no debería de ser visto como el espacio por excelencia para el diálogo sectorial, ya que no todos los principales actores del sector forman parte del mismo, y según la estructura propuesta para el ES el diálogo amplio debe de darse en el contexto de la Mesa Sectoriales. Es necesario reconocer que se están realizando importantes esfuerzos por dinamizar el foro de la Mesa Sectorial, tanto por los miembros de FONSALUD como los restantes actores de cooperación del sector.

Se debe continuar haciendo un esfuerzo por contar con mucha más información y estar compartiendo más ampliamente estrategias de trabajo. En esto la mesa de cooperantes va a jugar un rol fundamental. Es de vital importancia asegurar que la manera cómo se estructura, y las dinámicas de trabajo, estén orientadas a la obtención de resultados concretos y que se cuente con un plan detallado de trabajo que recoja los principales compromisos de los cooperantes del sector en términos de armonización y alineamiento.

Lo anterior no debe implicar una duplicación de esfuerzos ni anulación de espacios ya existentes donde se aborden temas similares. El objetivo debe ser una simplificación del esquema y fortalecimiento del sistema de coordinación y diálogo en el sector. Se debe tener muy en cuenta el plan de trabajo de la Mesa Sectorial, de los grupos de trabajo, del Comité Técnico y áreas de trabajo conjuntas que se puedan identificar en el plan nacional de armonización y alineamiento y su eventual versión sectorial. Existen también iniciativas a nivel global como el Código de Conducta de los países de la UE en relación a división de trabajo y coordinación, que deben ser también tomadas en consideración.

Lo anterior debe buscar garantizar una respuesta coherente y conjunta como grupo de cooperantes en sus relaciones con el MINSA y facilitar los procesos de diálogo y coordinación que él mismo debe liderar en el sector.

No es posible olvidar que el MINSA atraviesa en la actualidad un proceso de cambio y revisión de las políticas dentro de la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo Humano y sus propios esquemas y marcos de políticas sectoriales. Sin embargo, y por iniciativa global del Gobierno se está avanzando hacia una gestión basada en resultados la cual se ve reflejada en la elaboración de Planes Institucionales que cuentan con objetivos y resultados de corto y mediano plazo, y con su respectivo financiamiento, impulsándose en este sentido la elaboración de Marcos Sectoriales Presupuestarios de Mediano Plazo.

Se reconocen los avances en la unión de los procesos de planificación y presupuestación no solo a nivel central, sino que también a nivel local. Se evidencia la necesidad de trabajar en la simplificación y fortalecimiento de las fuentes estadísticas conforme a las necesidades institucionales y no conforme a los requerimientos de los cooperantes.

El sector debe seguir avanzando en los esfuerzos por establecer un marco de interacción basado en derechos y obligaciones, así como logros y retos compartidos tanto entre entidades gubernamentales, como de cooperantes y eventualmente sociedad civil. Este tema, es aún un verdadero reto, pues en muchas ocasiones el principal papel de la cooperación en más de fiscalizadores que de socios y los ejercicios de rendición de cuentas (en estricto sentido) tienen a ser más marcados en las instituciones que en los cooperantes del sector.

Finalmente el liderazgo y el seguimiento de las instituciones globalistas en el apoyo al proceso sectorial son fundamentales, y se remarca que hasta la fecha el respaldo y apoyo de las mismas no ha sido el más favorable debido a que no se cuenta con lineamientos claros y definidos desde este nivel. Adicional a esto, es importante señalar, el redoblado esfuerzo que debe hacerse por asegurar una mayor congruencia e interrelación entre procesos globales como Apoyo Presupuestario e iniciativas sectoriales como el ES de Salud.

Mientras en Apoyo Presupuestario se sigan retomando indicadores de carácter y seguimiento sectorial y no se tomen las necesarias medidas para optimizar los recursos sectoriales involucrados en estos procesos, se seguirá avanzando en caminos paralelos y no siempre congruentes. Es necesario, ir promoviendo una visión más integral y estratégica de todas estas nuevas modalidades de cooperación interrelacionadas y complementarias, para asegurar su mejor eficacia, eficiencia e impacto.

Listado de Anexos

Anexo 1: Declaración de Managua

Anexo 2: Lineamientos sobre el Enfoque Sectorial de Salud

Anexo 3: Instrumento de Recolección de Información

Anexo 4: Personas Entrevistadas y Consultadas

Anexo 5: Manual de Funcionamiento de la Mesa de Salud

Anexo 6: Código de Conducta del Sector Salud

Anexo 7: Memorandum de Entendimiento de FONSALUD

Anexo 8: Manual de Funcionamiento de FONSALUD

Anexo 9: Organigrama MINSA - Año 2008

Anexo 10: Flujo de Desembolsos de Recursos Externos: 1997- 2007

Referencias Bibliográficas

Código de Conducta del Sector Salud para el Sector Salud. Marzo, 2005.

Conclusiones Reunión de Medio Término de Apoyo Presupuestario. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Acceso el 17 de marzo, 2007 http://www.hacienda.gob.ni/hacienda/gap2007/main.html

Documentación presentada en la Mesa Sectorial de Salud. Noviembre 2007.

Informe de Evaluación del Plan Operativo Anual 2006: Enero - Diciembre. División General de Planificación y Desarrollo – Ministerio de Salud. Marzo, 2007.

Gómez Lacayo, Mauricio, Documento de Trabajo sobre Apoyo Presupuestarios, Taller Regional sobre Enfoques Sectoriales, Honduras, Mayo 2007

Nicaragua. Ley de Participación Ciudadana

Reglamento a la Ley General de Salud

Plan Quinquenal de Salud 2005-2009. Ministerio de Salud. Junio, 2005.

Marco de Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Agosto 2007. *Versión impresa por SEPRES.*

Memorándum de Entendimiento del Fondo de Salud. Agosto, 2005.

Slojander. Stephan. Informes de Consultoría de Apoyo al Enfoque Sectorial de Salud, MINSA 2006 - 2007.

Nicaragua. Plan Nacional de Armonización y Alineamiento de la Cooperación Internacional 2005 -2007. Ministerio de Relaciones Exteriores. 2005.

Programa Económico Financiero. Gobierno de Nicaragua. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. http://www.hacienda.gob.ni/hacienda/PDF/PEF2007-2010_final.pdf . Acceso el 17 de marzo, 2008.

Nicaragua. Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud. 2002.

IV Foro de Coordinación la Cooperación. Diagnóstico y Lineamientos sobre los Enfoque Sectoriales. Ministerio de Relaciones Exteriores de Nicaragua. Noviembre, 2005.

V Foro de Coordinación de la Cooperación (2006): Valoración de cinco años de Alineamiento y Armonización en de la Cooperación Internacional en Nicaragua. Ministerio de Relaciones Exteriores de Nicaragua. Octubre, 2006. *Versión impresa y presentada en reunión de Mesa Global, Diciembre 2006.*

Bajo el título «Avances de Investigación», se editan en formato electrónico, para su acceso libre desde la página web de la Fundación, los resultados iniciales de los proyectos que han sido objeto de financiación a través de la Convocatoria de Ayudas a la Investigación, Becas de Estancias Cortas o informes realizados por encargo directo de la Fundación y de su Centro de Estudios.

Fundación Carolina
C/ General Rodrigo, 6, cuerpo alto–4º piso
Edif. Germania
28003 Madrid
informacion@fundacioncarolina.es

CeALCI
C/ Guzmán el Bueno, 133–5º dcha
Edif. Britannia
28003 Madrid
cealci@fundacioncarolina.es