

PARAGUAY

SISTEMAS DE SALUD EN SUDAMERICA: DESAFÍOS HACIA LA INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

DRA. MARÍA CRISTINA GUILLÉN

OCTUBRE 2011

INDICE

DERECHOS SOCIALES Y SALUD.....	1
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.....	7
UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD.....	15
MODELO DE FINANCIAMIENTO.....	20
MACRO GESTIÓN.....	22
VIGILANCIA EN SALUD.....	23
FUERZA DE TRABAJO EN SALUD.....	26
ACCIONES SOBRE DETERMINANTES SOCIALES.....	30
INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD.....	46
INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD.....	50
COOPERACIÓN.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXOS.....	54

1. DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal. Principios y valores

La Constitución de la República del Paraguay del año 1992, contempla todo lo referente al Derecho a la Salud, a través de varios artículos tales como el 6º, 7º, 68º, 69º y 70º. Insertos en los mismos, se encuentran los principios y valores sobre los que se sustenta.

Así, el Derecho a la Salud se expresa explícitamente con el siguiente texto:

“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”(art. 68°).

El otro artículo importante relacionado a los determinantes de la salud, es el *“De la Calidad de Vida”* que reconoce los factores condicionantes como la extrema pobreza y plantea la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes (art. 6º). En esa misma línea, se coloca el *“Del Derecho a un Ambiente Saludable”* (art.7º).

Por su parte, el artículo 69º hace referencia al Sistema Nacional de Salud como ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado.

A su vez, el artículo 70º de la Carta Magna indica textualmente:

“La ley establecerá programa de bienestar social, mediante estrategias basada en la educación sanitaria y en la participación comunitaria”

El Ministerio de Salud Pública es creado en el año 1936, promulgándose la Ley Orgánica de Salud Pública el 15 de junio de 1936, a través del Decreto Ley 2001. Por medio de dicha ley se responsabiliza al ministerio de la organización del Servicio Sanitario de la República, cuyo objetivo es el de promover la salubridad general y proveer de asistencia médica a la población en todo el país.

Varias décadas después, se promulga el Código Sanitario (Ley 836/80) que le confiere competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, debiendo entender en materia de salud y bienestar social. Así mismo, es la responsable de la política nacional de salud y bienestar, la cual debe estar acorde con los objetivos, políticas y estrategias del desarrollo económico y social del país.

A su vez, la ley 1032/96 concretiza las finalidades y organización del Sistema Nacional de Salud de modo a implementar acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, a través de la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades (art. 3° y 4°). Crea los Consejos de salud a nivel nacional, regional y local como organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Al mismo tiempo, le confiere al Sistema atribuciones para erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y de morir, mediante acciones sanitarias concertadas entre instituciones sectoriales y extra sectoriales, gubernamentales y de la sociedad civil (art. 9°).

El Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 1680/01) expresa que:

“El niño o el adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” (art. 13).

Agrega, además, que se deben respetar usos y costumbres de niños, niñas o adolescentes pertenecientes a un grupo étnico y que la atención de urgencia a cualquier niño, niña y adolescente, no puede ser negada o eludida por razón alguna.

El marco legal e institucional vigente tiene alcance nacional, definiendo a la rectoría, regulación y prestación de servicios de salud como competencias del Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Es importante destacar que el Paraguay cuenta con un marco legal relevante y favorable para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes, delineando un concepto amplio de salud-enfermedad que reconoce condicionantes referidos a la calidad de vida y sus vínculos con el desarrollo social y económico del país.

Participación Social

Algunos aspectos de la participación social están contemplados en la Ley 1032, a través de los Consejos de Salud que tienen como objetivo impulsar el Sistema Nacional de Salud, promover la coordinación interinstitucional, participar en la formulación de lineamientos de la política y estrategia nacional, regional y local de salud, así como la fiscalización del cumplimiento del Plan Nacional de Salud y su ejecución presupuestaria.

Los consejos de salud están organizados en tres niveles: nacional, regional y local. Constituyen la instancia de participación y coordinación entre las autoridades sanitarias, institucionales, organizaciones sociales y los usuarios de los servicios de salud así como de los prestadores de servicio de salud. Las instancias previstas en los Consejos de Salud son la Mesa Directiva y los Comités Ejecutivos. Cada instancia tiene establecido por ley quien la preside. En el caso de la Mesa Directa la preside a nivel nacional el/la Ministro de Salud, a nivel regional por la Secretaria de Salud de la gobernación y a nivel local por la Dirección de Higiene y Salubridad de la municipalidad. En relación a los comités ejecutivos también está establecido que lo presidan a nivel nacional el/la Ministro/a de Salud, la Secretaria de Salud de la Gobernación en el nivel regional y el Director del Centro de Salud en el nivel local.

Aunque en los Consejos están establecidos los mecanismos y espacios de participación, todavía es necesaria una mayor democratización de los mismos, para lo cual es necesario establecer una práctica participativa desde los espacios locales más “micros”. Precisamente, en esa línea se vienen promoviendo los “Aty Comunitarios” (Asambleas Comunitarias) como espacios abiertos en los territorios sociales de responsabilidad de las Unidades de Salud de la Familia y a su vez, estrategia fundamental de democratización de la salud e instalación de una cultura de participación protagónica, acordes con la nueva política de salud implementada, desde agosto del 2008.

Por su parte, la red de atención se inserta en los territorios sociales donde se comparte unidad geográfica, social, económica y cultural. Como pieza clave de la gestión social de dichos territorios se coloca la participación protagónica de la ciudadanía, de modo a responder a sus necesidades por medio de planes estratégicos y agendas políticas, convirtiendo a la salud (sinónimo de calidad de vida) en eje articulador de los diferentes sectores sociales.

En relación a mecanismos de escucha a la población, desde el Gabinete Social de la Presidencia de la República, desde el 2009, se han impulsado varias Jornadas de Gobierno en las capitales departamentales con la presencia del Presidente y el equipo de Ministros/as, quienes presiden las mesas de trabajo con la ciudadanía participante. Dichas jornadas se constituyen en espacios interesantes de reclamo ciudadano así como de escucha y compromiso de las altas autoridades. Así también, la devolución de los datos censales y caracterización de la población levantados por los equipos de salud de la familia de cada USF se plantean como ejercicios de rendición de cuentas a la ciudadanía del territorio social asignado. Si bien es un proceso aún incipiente, su realización es muy aceptada por las comunidades. Otra experiencia favorable, en etapa inicial, es la instalación del Servicio de Atención a los Usuarios/as, en las diferentes recepciones de las instituciones de salud, con el objetivo de ofrecer una atención cálida y oportuna, proveyendo informaciones claras y pertinentes a todas las personas que concurren a las mismas, acorde al enfoque de derechos. Asimismo, recibe y sistematiza las quejas, reclamos y sugerencias de la ciudadanía, de modo a incorporarlas en planes de mejora de la atención institucional. Es responsable, además, de la realización periódica de encuestas de satisfacción de usuarios/as.

En la perspectiva de conocer la percepción de los y las usuarios/as en relación a la experiencia de la atención primaria, se realizaron tres evaluaciones a las Unidades de Salud de la Familia, entre los años 2010 y 2011¹. Las mismas han coincidido en valoraciones muy favorables para variables como gratuidad de la atención y de provisión de medicamentos; trato recibido por el equipo de salud de la familia; indicaciones médicas y efecto del tratamiento; horario de atención; modalidades de censos, visitas domiciliarias, etc. No obstante, la provisión regular de medicamentos así como la adecuada infraestructura y suficiente equipamiento de las mismas, son percibidas por las personas entrevistadas como metas pendientes a alcanzar. Otros

¹ Universidad Nacional de Asunción-IICS, Actualización de línea de Base 2008-2010 y aplicación de encuestas año 2010 “Hábitos para la Prevención de la Diarrea y Percepción de la Calidad de Atención que brindan las USF”. Asunción. Marzo 2011

Ministerio de Hacienda-UES, Informe de Evaluación de Programa Emblemático Gubernamental Unidades de salud de la Familia. Asunción. Diciembre 2011

Decidamos, El Proceso de establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud en Paraguay. Asunción. Mayo 2011

dos estudios se han enfocado a evaluar las acciones y la eficiencia de dichas unidades².

2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

Modelo político administrativo del país

La República del Paraguay se constituye en Estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado. Adopta para su gobierno la democracia representativa, participativa y pluralista, fundada en el reconocimiento de la dignidad humana.

Desde el punto de vista político administrativo, el territorio de 406.752 km² se halla dividido en departamentos, los cuáles a su vez comprenden a unidades territoriales denominadas distritos. Su población total es de 6.340.639 habitantes, siendo que el 34% tiene menos de 15 años de edad. La Esperanza Vida al Nacer es de 72.1 años (mujeres 74.2 y hombres 70.0). La población indígena es de 89.169 personas, 17 pueblos diferentes y pertenecen a 5 familias lingüísticas distintas. El 50% de la población es bilingüe guaraní-castellano, de la otra mitad el 46% habla sólo guaraní y el 4% sólo castellano.

GRAFICO 1



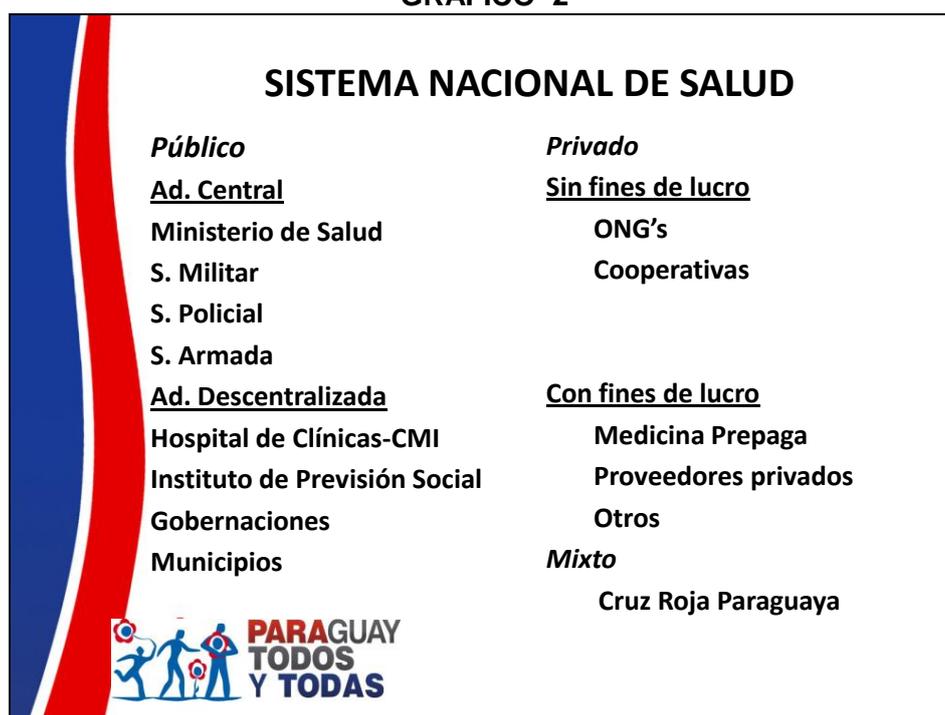
Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS

² Ministerio de Hacienda-DP, Evaluación de Eficiencia y Diseño de Estructura Presupuestaria de Programas Públicos. Madrid. Agosto 2001

Componentes del sistema de salud

El Sistema de Salud está integrado por los sectores público, privado y mixto. Como parte del sector público tenemos a la administración central conformada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. Por su parte, el Instituto de Previsión Social (IPS); la Universidad Nacional de Asunción con el Hospital de Clínicas y al Centro Materno Infantil; las Gobernaciones y Municipios; componen la administración descentralizada. En contrapartida, el sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro como las Organizaciones No Gubernamentales y las Cooperativas. Las que tienen fines de lucro comprenden a la Medicina Prepaga y a Proveedores Privados. Por último, la Cruz Roja Paraguaya es la entidad mixta con financiamiento del ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro. Un resumen esquemático puede observarse en el Gráfico 2.

GRAFICO 2



Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS

Dentro del sector público, la cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del Instituto de Previsión Social, constituyéndose en las dos instituciones más importantes para la atención de la salud a la población. Ambas cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional;

si bien la atención primaria solo existe en la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El MSPBS cuenta con un total de 1028 establecimientos de salud, de los cuales 354 tienen internación. A su vez, el IPS tiene 78 establecimientos, siendo que 41 de los mismos cuentan con internación³. Entre ambas instituciones, se logra alcanzar 6.156 camas disponibles, correspondientes a una tasa de 1 cama por cada 1.000 habitantes.

En cuanto a las Sanidades Militar, Policial y de la Armada, cuentan con el Hospital Militar, Policlínico Policial y Consultorio Externo, respectivamente, ubicados en la capital del país. Su fuente de financiamiento es fiscal y copago de sus afiliados. La población que abarca con sus prestaciones es pequeña (1%). Las Gobernaciones poseen clínicas externas en ciudades como Encarnación, Ciudad del Este y Coronel Oviedo, así como farmacias sociales en todas ellas. En cambio, los municipios poseen una Policlínica de Especialidades en Asunción y un Hospital Municipal Pediátrico en Encarnación.

El sector privado con fines de lucro provee atención curativa y de rehabilitación a un 7% de la población país, hallándose sus hospitales y sanatorios en áreas urbanas de Asunción, Central y las principales ciudades del resto del país. Por su parte, las cooperativas prestan en su mayoría servicios prepagos y cuentan con dos hospitales en el Chaco y en el departamento de San Pedro.

El Sistema de Salud en Paraguay, a pesar de contar con un marco legal interesante para concertar y coordinar los sectores público y privado, no logró escapar a la segmentación de tal manera que persistió la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. Asimismo, se verificó la fragmentación, al no existir coordinación entre los servicios de salud existentes. Otro aspecto importante del sistema es que los establecimientos de salud que ofrecen atención de alta complejidad se hallan concentrados en la capital del país y el departamento Central.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios de salud, se implementó una estructura piramidal, desde décadas atrás, de tal manera que los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se clasificaron en 4 niveles de atención y 7 niveles de complejidad. En la base se hallaban los puestos de salud, dispensarios, centros de salud y ascendiendo hacia

³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores Básicos de Salud-Paraguay 2010

la punta de la pirámide los hospitales de alta complejidad⁴. Sin embargo, esta estructura no logró articularse en sus diversos niveles, persistiendo la segmentación entre los servicios, así como la atención de salud fragmentada con programas verticales y centralizados, el nivel primario a cargo de auxiliares de enfermería con escasa capacidad de respuesta y congestión de demanda no filtrada en los hospitales, entre los problemas más relevantes.

Frente a esta situación, con el advenimiento del gobierno de coalición, desde agosto de 2008, el Sistema Nacional de Salud se ha encontrado inmerso en un proceso de reorientación importante, propiciado por las "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad", asumidas y lideradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como propuesta para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. Dichas políticas parten del derecho a la salud y calidad de vida como derecho humano fundamental que se satisface con la universalización de los derechos humanos (sociales, económicos, políticos y culturales). Asimismo, se sustentan en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, tiene el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad así como incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, en la búsqueda de superar inequidades en salud y construir calidad de vida para los y las habitantes del país.

En esta perspectiva, la reorganización de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud se planteó efectivizar a través de la implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Es así que en la actualidad, se halla en pleno proceso de implementación, la reorientación de los servicios de salud, desde una estructura piramidal hacia un modelo en red, de tal manera que los servicios existentes del modelo anterior (puestos, dispensarios, centros de salud y hospitales), irán convirtiéndose en forma paulatina y progresiva hacia la propuesta actual.

La estructura en red tiene como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Estas Unidades de Salud de la Familia acercan el sistema de salud a las familias y sus comunidades, brindando servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado (3.500 a 5.000 personas); así como garantizar el continuo de la atención a las personas mediante la vinculación con la

⁴ MSPBS, Organización de los servicios de salud en el marco de la reforma sectorial. Asunción, agosto, 1998

atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según se requiera mayor complejidad. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte, posibilita la vinculación y articulación efectiva entre todas las instancias de la red.

Los criterios para la implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud se basan en el territorio, la población, los servicios de salud existentes y los determinantes sociales. Es así que las diversas instancias de la Red Integrada de Servicios de Salud se componen de:

- Atención Primaria de Salud: Unidades de Salud de la Familia (USF)
- Atención Especializada: Centros Ambulatorios de Especialidades (CAES)
- Atención Hospitalaria: Hospitales Básicos, Generales y Especializados
- Servicios Complementarios: Asistencia Farmacéutica, Vigilancia en Salud, Rehabilitación y Apoyo Diagnóstico
- Sistema de Regulación Médica, Comunicación y Transporte

En relación a la organización territorial se plantea un territorio nacional como un concepto funcional para las prestaciones de alta complejidad que abarca a todo el país. Las regiones sanitarias coincidentes con la división política del país en departamentos, se constituyen en los espacios geográficos regionales de la red. En su interior comprende a las áreas sanitarias con una población entre 20 mil a 50 mil personas, correspondientes a un municipio o a un conjunto de ellos.

Finalmente, al interior de las áreas sanitarias se hallan los territorios sociales de las Unidades de Salud de la Familia, cuya población asignada está entre 3.500 a 5.000 personas. Los territorios sociales donde se instalan las USF, se definen como aquellos en los que una población determinada comparte unidad geográfica, social, económica y cultural. Como pieza clave de la gestión social de dichos territorios se coloca a la participación protagónica de la ciudadanía, de modo a responder a sus necesidades por medio de planes estratégicos y agendas políticas, convirtiendo a la salud (sinónimo de calidad de vida) en eje articulador de los diferentes sectores sociales.

Salud Pública - Atención individual

Las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud, a nivel nacional están a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como las de curación y rehabilitación. La Seguridad Social provee servicios de atención a la salud (curación, rehabilitación, subsidio por accidentes, maternidad, medicamentos) a la población

trabajadora cotizante al seguro, así como beneficios de jubilación y pensión a una parte de los asegurados. Otras instituciones públicas como la Universidad Nacional de Asunción a través del Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil, brindan atención curativa con alcance nacional; en tanto las Sanidades Policial, Militar y de la Armada, ofrecen acciones de curación dirigidas a sus poblaciones específicas. Por último, las instituciones de salud del sector privado brindan atención curativa y de rehabilitación.

Es importante destacar que con las Políticas Públicas, se plantea la universalización con equidad del derecho a la salud y a la calidad de vida, por medio de la una estrategia promocional que permite articular acciones y esfuerzos, colectivos y transectoriales, para mantener y desarrollar la autonomía de las personas y colectividades a lo largo de toda su vida, movilizandorecursos para que las personas gocen de una vida plena, expresada como calidad de vida. La promoción de la salud adquiere así un concepto amplio bajo el cual se incluyen acciones educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras. Este contenido programático parte de las necesidades sociales expresadas como metas de indiferencia cero y se concretizan en proyectos de promoción de la equidad en calidad de vida y salud, por etapas del ciclo de vida (niños y niñas; adolescentes y jóvenes; adultos y adultos mayores) y desarrollo de la autonomía en diversos ámbitos (salud sexual y reproductiva; salud bucal; salud mental; traumatismos y lesiones externas; enfermedades no transmisibles y enfermedades infecto-parasitarias). Los avances logrados en este aspecto, se refieren a la elaboración de guías y protocolos de atención integrada, por ciclo de vida, dirigida a los equipos de salud de la familia, como un primer paso hacia la integración programática en los servicios de atención.

En este contexto, la promoción de un entorno físico y social, saludable y protector, se materializa a través de las iniciativas de espacios saludables. Así, existen comprometidas actualmente en este proceso, 309 “escuelas saludables” en 16 departamentos del país. Entretanto, se inició la sensibilización con los habitantes de los departamentos de Itapúa, Central y Villa Hayes, para la implementación de “municipios saludables”.

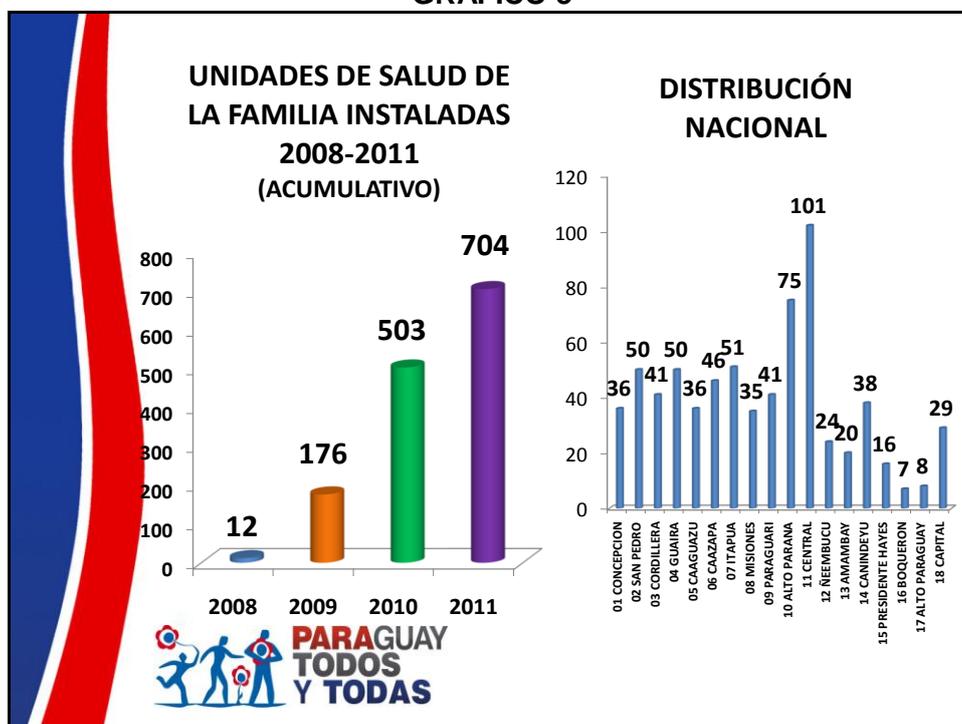
El modo de atención emergente de las Políticas Públicas, que considera a la salud como derecho humano, producto social y ligado a los determinantes sociales, implica un modo de atención orientado a responder a las necesidades sociales en calidad de vida y salud de las poblaciones y no sólo en consideración a la oferta de servicios existentes. En esa perspectiva, su interés es el de cubrir progresivamente las brechas de equidad de los grupos sociales existentes, adecuando y ampliando la oferta de

servicios acorde a la necesidades sociales. Plantea la atención familiar y comunitaria adscripta a territorios sociales, abarcando las diversas etapas del ciclo vital de las personas; la integralidad y el continuo de la atención; la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Atención Primaria de Salud

Desde agosto de 2008 hasta octubre de 2011, se han instalado progresivamente 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos (habiéndose iniciado en aquellos con mayores índices de pobreza del país), con una población total asignada de 2.467.500 personas, aproximadamente. Cada USF ofrece servicios de atención primaria a una población, entre 3.500 a 5.000 personas, ubicadas en un territorio social bajo su responsabilidad.

GRAFICO 3



Fuente: Dirección General de Atención Primaria de Salud-MSPBS

Estas unidades, se constituyen en puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y hacen parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que plantea un nuevo paradigma en el modelo de atención, pues parte de las necesidades y problemas de salud de las personas (simples o complejos); cerca de donde ellas viven; con participación comunitaria; a lo largo de su ciclo de vida y mediante un equipo de salud compuesto por varios profesionales. La atención primaria es así, el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud, compuesto por la Red Integrada

de Servicios de Salud. La atención ofrecida es de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia médica a la familia, visitas domiciliarias, etc., por medio de equipos de salud de la familia compuestos por médicos, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, odontólogos y agentes comunitarios de salud. Si bien, la incorporación de estos dos últimos, es aún escasa en número por limitaciones presupuestarias existentes.

Es relevante destacar que la implementación de las USF ha posibilitado la inclusión de 2.423 recursos humanos en salud, por medio de concursos de méritos y aptitudes, como experiencias pioneras, dentro del propio ministerio y de la administración pública en general, de transparencia y oportunidades de acceso a la función pública de los mejores profesionales, en igualdad de condiciones. Del total de profesionales, 630 son médicos, 703 Licenciadas en Enfermería y/o Obstetricia, 686 Auxiliares en Enfermería, 30 Odontólogos, así como 330 Agentes Comunitarios de Salud y 44 Promotores de Salud Indígena.

Por otra parte, al constituirse las Unidades de Salud de la Familia en una puerta de entrada importante al Sistema Nacional de Salud, contribuyen a reducir la exclusión social, aumentando la cobertura y el acceso de las personas a la red de atención a la salud, sobretodo de aquéllas pertenecientes a la población en pobreza y extrema pobreza. De esta manera, se favorece el ejercicio del derecho a la salud, sobre todo para las poblaciones alejadas y con elevados niveles de pobreza. Asimismo, la estrategia permite actuar sobre las causas sociales que generan las enfermedades, desde los territorios sociales donde viven y se relacionan las personas, mediante la participación y gestión comunitaria que demanda el cumplimiento de sus derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales, a los garantes de derechos de las instituciones gubernamentales, en la búsqueda de construir calidad de vida y salud.

De acuerdo a indicadores de eficiencia de las USF instaladas y que se reportan semestralmente al Ministerio de Hacienda en el marco de la implementación y seguimiento de la gestión por resultados, se atendió a un total de 657.244 personas, entre enero a junio del 2011. Estas cifras equivalen a un 35% de personas atendidas del total de personas que acudieron al MSPBS. Asimismo, las consultas generadas, en igual lapso, fueron de 1.259.236 que se corresponde con el 32% del total de consultas realizadas por el ministerio.

En la perspectiva de evaluación de la calidad de atención prestada, se está definiendo un sistema nacional de monitoreo y evaluación que posibilitará seguir y conocer el desempeño del sistema de salud, así también se ha promovido la cultura de evaluación de las políticas públicas y programas implementados, como el caso de las USF ya referidas en apartados anteriores.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Avances hacia la universalidad de la atención en salud se ha logrado mediante la declaración de gratuidad, en forma progresiva, desde fines de 2008 hasta diciembre del 2009, cuando se extendió a todas las prestaciones ofrecidas por los servicios de salud dependientes de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dicha gratuidad es entendida como la eliminación del pago de aranceles por parte de la población, para el acceso a todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

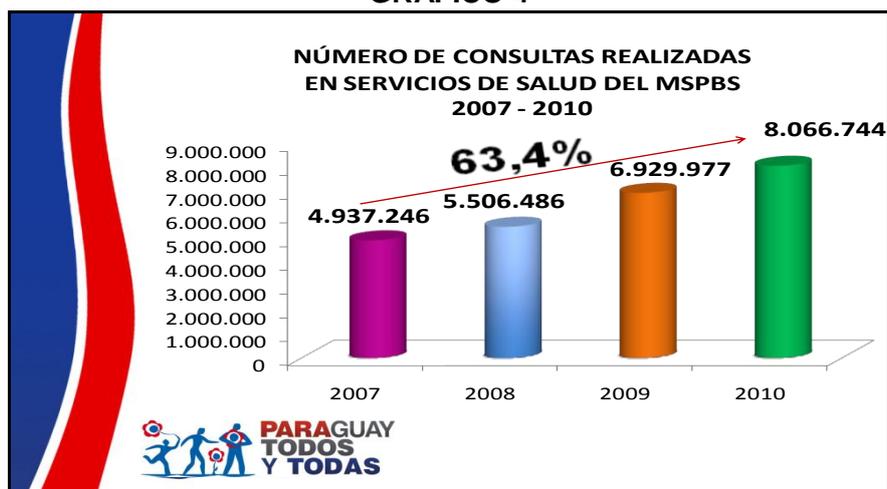
Esta medida de política sanitaria ha tenido un impacto evidente desde dos aspectos relacionados entre sí. Por un lado, se constituyó en una acción afirmativa para posibilitar el ejercicio del derecho a la salud, reduciendo significativamente el gasto de bolsillo que deben hacer las familias para la atención y recuperación de su salud, y en ese sentido, se articula con la estrategia de combate a la pobreza en el marco de la política social del gobierno⁵. En términos monetarios, el quintil más pobre tenía un promedio de gasto de bolsillo de 115.140 guaraníes en el año 2007, cifra que descendió a 92.520 guaraníes, para el 2009, correspondiendo a una disminución del 19% del mismo⁶.

Por otra parte, facilitó y amplió el acceso a los servicios de salud públicos, evidenciándose un aumento significativo de consultas médicas, odontológicas y personas atendidas, entre otros indicadores registrados por la Dirección de Estadística en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El número de consultas se incrementó en un 63.4 %, desde el 2007 al 2010 (Gráfico N° 4), así como el número de las personas atendidas pues de 1.924.860 se pasó a 3.034.485 personas atendidas, en igual periodo.

⁵ El gasto de bolsillo para la atención de la salud alcanzaba hasta el 68.5 % del gasto privado en salud, según Informe sobre la Salud en el Mundo-OMS-2006

⁶ Datos de las Encuestas Permanentes de Hogares 2007, 2008, 2009-DGEEC

GRAFICO 4



Fuente: Dirección de Estadística en Salud-MSPBS

El impacto de la implementación de la gratuidad en salud también se evidenció en datos relevados por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, a través de la Encuesta Permanente de Hogares. Es así que en el año 2007, consultaron 353.005 personas enfermas del área rural. Esta cifra pasó a 651.978 personas enfermas que accedieron a la consulta médica para el año 2010, con lo cual se puede decir que las consultas se incrementaron en un 84,7% para la población rural en general, en el lapso de los últimos 3 años. Por otra parte, el 41% de la población correspondiente al quintil más pobre, se enfermaba y no consultaba, en el 2007. Sin embargo, para el año 2009 disminuyó al 38.4% la proporción de personas pobres que se enfermaron y no consultaron. Asimismo, en el año 2007, el 20,6% de la población más pobre señalaba que no consultaba porque las consultas eran caras, porcentaje que bajó al 13.9% en dos años, esto es para el 2009.

GRAFICO 5



Fuente: Dirección de Estadística en Salud-MSPBS

Asimismo, la inversión en la atención especializada y de alta complejidad, mediante mejora de infraestructura, incorporación de tecnología, capacitaciones e inclusión de recursos humanos calificados, sobretodo en hospitales regionales, especializados y nacionales, ha contribuido también a la universalidad de la atención. Es así que se han fortalecido áreas relevantes como Cardiocirugía, Neurocirugía Infantil, Neuropsiquiatría Oncohematología, Oftalmología, Traumatología, entre otros.

En cuanto a los Centros Ambulatorios de Especialidades, se han fortalecido a algunos Centros de Salud de Asunción con especialidades sobre todo relacionadas a enfermedades crónicas como la Clínica de Cardiología (Centro de Salud nº 10); Clínica de Diabetes (Centro de Salud nº 9); Clínica de Especialidades y Centro de día para niños y niñas con trastornos del desarrollo (Centros de Salud nº 3); Clínica de Especialidades (Centro de Salud nº 8); y Clínica Capellanes del Chaco. A su vez, en el departamento Central se han habilitado una Clínica Ambulatoria de Especialidades en Enfermedades Crónicas (Ypané) y una Clínica de Dermatología (San Lorenzo).

Es importante destacar el aumento de disponibilidad de camas de terapia intensiva mediante la habilitación de nuevas camas en los servicios de salud del MSPBS así como mediante convenios firmados entre el ministerio y otros servicios del subsector público y del sector privado.

En los servicios de salud dependientes del MSPBS, se amplió el número de 86 camas existentes en el año 2008, hasta alcanzar 237 camas disponibles, en el primer semestre del 2011. De estas, el 27 % corresponde a adultos, el 30% para niños-niñas y un 43% destinado a neonatos (Gráfico 6). Fueron ingresadas en las terapias intensivas dependientes del MSPBS, desde el 2008 al 2010, un total de 12.900 personas. Entretanto 1.745 personas fueron derivadas al sector privado, en igual periodo.

GRAFICO 6

**ACCESO A ALTA COMPLEJIDAD
TERAPIA INTENSIVA**

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA 2008-2011	CANTIDAD INSTALADA
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS - UCIA	65
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS - UCIP	70
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - UCIN	102
TOTAL	237



Fuente: Coordinación de Terapia Intensiva-MSPBS

Por su parte, se facilitó el acceso a los trasplantes de órganos, sobretudo renales y de córnea, mediante alianzas público-público y público-privado (Gráfico 7). También merece destaque la elaboración de políticas y programas promovidas desde el ministerio y dirigidas a grupos poblacionales excluidos y discriminados como los pueblos originarios y las personas afectadas por problemas de salud mental. En el primer caso se elaboró la Política Nacional de Salud Indígena a más de la creación de una instancia superior responsable de impulsarla. En referencia a la Salud Mental, se han dado pasos significativos hacia la “desmanicomialización” con la creación de varios hogares sustitutos y centros de día para niños y niñas con trastornos del desarrollo, si bien son aún insuficientes numéricamente para la población afectada. El acceso a la atención especializada en salud ocular se logró mediante la instalación de consultorios oftalmológicos en servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, el

equipamiento de hospitales de referencia para cirugías oftalmológicas y tratamientos con láser, entre otros.

GRAFICO 7

ACCESO A ALTA COMPLEJIDAD TRASPLANTES	
TIPO DE TRASPLANTES 2008-2011	CANTIDAD REALIZADA
CÓRNEA	114
RIÑÓN	103
CORAZÓN	2
HÍGADO	1
MÉDULA ÓSEA	1
TOTAL	221



Fuente: Instituto Nacional de Ablación y Trasplante-MSPBS

Con la puesta en marcha de la Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, la implementación de la gratuidad en el servicio público para el acceso a los servicios de salud y la Estrategia de Atención Primaria de Salud, la situación sanitaria ha ido cambiando significativamente y de manera progresiva al permitir el acceso a la salud de sectores de la población históricamente excluidos e invisibles como el indígena y el campesino, geográficamente más inaccesibles. Con estas iniciativas, se logró desmontar dos de las principales barreras de acceso a la salud, la económica y la geográfica. De esta manera, han accedido al sistema público 1.000.000 de personas más, disminuyéndose notoriamente la brecha poblacional a ser cubierta. Sin embargo, a pesar de los avances todavía subsisten sectores de la población excluidos como indígenas y pobladores de zonas urbanas marginales.

Por otra parte, existen aspectos relacionados a la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se relaciona a la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.

Para la población excluida, una de las principales barreras, además de la geográfica y económica, es la cultural ya que el enfoque intercultural y de derechos humanos todavía no ha sido suficientemente incorporado por los trabajadores de salud en general y sobre todo en la atención hospitalaria. Los enfoques de género,

interculturalidad y por etapas del ciclo vital están todavía en etapa inicial de implementación, demandando aún un intenso proceso de sensibilización y formación.

Con respecto a las personas con capacidades diferentes, no existe una política nacional de inclusión, pero existen políticas e iniciativas institucionales desde la Secretaría de la Función Pública, la Dirección de Bienestar Social del MSPBS y el Ministerio de Educación y Cultura que administra el Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (INPRO), orientadas a la inclusión de las personas con capacidades especiales o a la rehabilitación de las mismas. No obstante, existen escasos avances en lo relativo al acceso diferenciado a los servicios de salud con criterio de equidad social.

4. MODELO DE FINANCIAMIENTO

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento en salud provienen del tesoro a través del presupuesto de gastos de las instituciones públicas; de los hogares que aportan al seguro social y realizan pago de bolsillo a entidades del sector privado; de los empleadores de empresas privadas que cotizan al IPS y pagan primas a entidades privadas; y finalmente, de las fuentes externas que se constituyen por intercambios financieros sectoriales de la cooperación externa y donaciones realizadas por las mismas, a través de agencias multilaterales o bilaterales y agencias de cooperación externa.

Gasto en salud

El porcentaje del gasto público en salud sobre el total nacional en salud ha experimentado un aumento desde el 2005 al 2009, con un valor promedio de 38.9%. Del mismo modo, el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), creció progresivamente hasta alcanzar el valor del 3.4% en el 2009, frente al 2.5% del año 2005, evidenciándonos la prioridad fiscal del sector salud en el gasto público. En contrapartida, en idéntico lapso de 5 años, el gasto privado en salud como expresión del PIB, presentó una tendencia decreciente de 4.9% al 4.0%. Tal evolución es un claro indicio de la disminución del gasto de bolsillo de las familias, mediante la declaración de gratuidad para todos los servicios del MSPBS, desde el año 2009 (ver Gráfico 8).

GRÁFICO 8

INDICADORES ECONOMICOS DE SALUD

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto Público en Salud / PIB (%)	2,5	2,7	2,7	3,5	3,4
Gasto Privado en Salud / PIB (%)	4,9	4,7	4,4	4,2	4,0
Gasto Público en Salud por Persona (guaraníes corrientes)	192.494,9	234.309,9	272.169,0	403.950,0	444.669,9
Gasto Público en Salud / Gasto Total nacional en salud (%)	33,5	36,3	37,9	45,5	45,9



Fuente: Departamento de Economía de la Salud-DGPE-MSPBS

Por otra parte, según cuadro elaborado por la Unidad de Economía Social del Ministerio de Hacienda (Gráfico 9), existe un aumento progresivo del gasto social correspondiente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar, de prácticamente 128%, entre el año 2007 y el 2011.

GRÁFICO 9

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL

FUNCIONES	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2007
SALUD	1.039	1.044	1.615	1.847	2.377	127,6
PROMOCIÓN Y ACCIÓN SOCIAL	614	612	1.241	1.168	1.767	188,8
SEGURIDAD SOCIAL	1.268	1.375	1.481	1.520	2.318	68,6
EDUCACIÓN Y CULTURA	2.426	2.866	3.280	3.560	4.615	61,1
CIENCIA, TECNOLOGÍA Y DIFUSIÓN	8	7	15	29	75	954,4
RELACIONES LABORALES	6	7	6	9	18	153,5
VIVIENDA Y SERVICIOS COMUNITARIOS	57	174	140	141	332	91,2
TOTAL GASTO SOCIAL	5.639	6.187	7.788	8.275	11.502	85,9



Fuente: Unidad de Economía Social-MH

Asimismo, al observar al interior del mismo, la participación relativa y el objeto de gasto desde el año 2008, se va modificando y diversificando a expensas de mayores gastos en servicios no personales, inversiones físicas y bienes de consumo e insumos (ver Gráfico 10).

GRÁFICO 10

PARTICIPACIÓN RELATIVA Y CRECIMIENTO del GASTO EN SALUD POR OBJETO DEL GASTO					
OBJETO DEL GASTO	2008	2009	2010	2011	2011/2008
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	131,9
SERVICIOS PERSONALES	72,8	60,7	63,4	58,4	85,9
SERVICIOS NO PERSONALES	3,0	2,5	3,6	6,5	402,4
BIENES DE CONSUMO E INSUMOS	14,2	21,5	19,6	20,3	231,1
INVERSION FÍSICA	8,4	10,7	9,5	12,2	235,0
SERVICIO DE LA DEUDA PÚBLICA	0,0	0,0	0,0	0,0	
TRANSFERENCIAS	0,3	3,6	3,4	2,4	1807,6
OTROS GASTOS	1,2	0,9	0,4	0,2	-67,5



Fuente: Unidad de Economía Social-MH

Desde el punto de vista del desempeño de la institución pública para ejecutar el presupuesto asignado, el Ministerio de Salud Pública ha mejorado significativamente la capacidad de ejecución del mismo, de tal manera que en el año 2009 alcanzó un 85% de ejecución, superando incluso a la verificada en los 8 años anteriores. Al final del 2010, la ejecución llegó al 92%. Más aún si se considera que los montos globales de presupuestos asignados, entre el 2008 y el 2011, han crecido hasta en un 127%, es más significativo el desempeño en la ejecución presupuestaria de esta institución estatal.

A pesar de los incrementos en el gasto social en general y en salud en particular, aún se deben realizar esfuerzos importantes para el aumento progresivo de estos indicadores, acorde al compromiso de garantizar el derecho a la salud a toda la población.

5. MACRO GESTIÓN

Rectoría - Formulación de políticas y planes

Esta función de conducción y liderazgo nacional en cuanto a la definición y formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud, es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, acorde al marco legal vigente constituido por la

Constitución Nacional, la ley de creación del Ministerio de Salud Pública, el Código Sanitario y la Ley del Sistema Nacional de Salud, entre los más relevantes.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación inter institucional

El principal marco de articulación de las Políticas Sociales del Estado es la propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 Paraguay para Todos y Todas, por medio del Consejo de Ministros y la Unidad Técnica de Gabinete Social. Esta propuesta se constituye también en una hoja de ruta para conducir y liderar las acciones del Estado en el ámbito social y económico de manera a orientar el desarrollo social hacia las personas como sujetos de derechos.

Bajo la coordinación del Gabinete Social de la Presidencia de la República se pretende lograr la coordinación, articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y a nivel territorial en particular, mediante mesas de trabajo entre diversos ministerios e instituciones gubernamentales.

Regulación de servicios y seguros

La Superintendencia de Salud, instancia surgida en el seno del Consejo Nacional de Salud (Ley 1032/96) tiene establecidas sus funciones y competencias por Ley 2319/06, correspondiéndole la tarea de registrar, categorizar, acreditar y auditar a las entidades prestadoras de servicios de salud públicos, privados y mixtos, con especial atención a la medicina prepaga. Si bien cuenta con autonomía de gestión técnica, depende administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

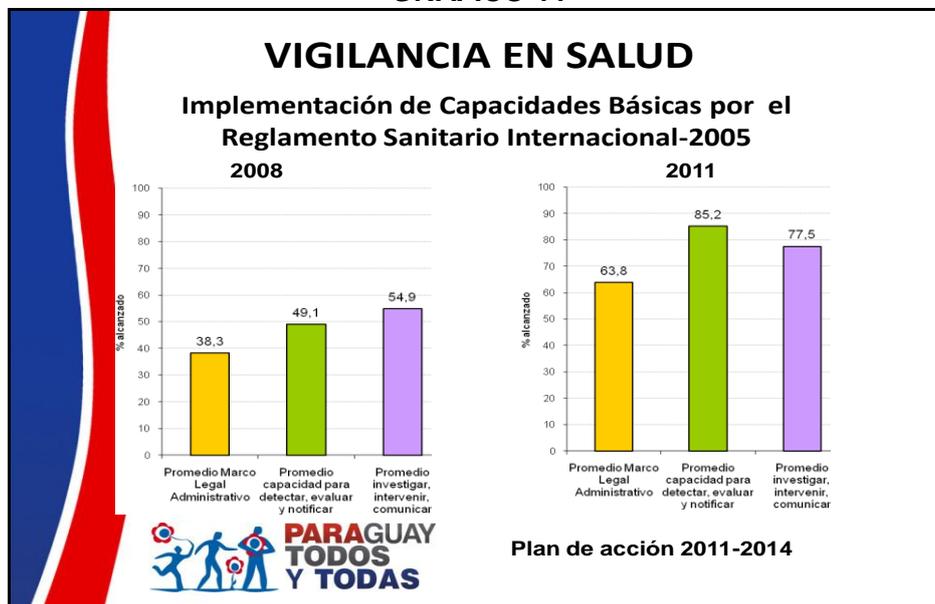
6. VIGILANCIA EN SALUD

General

La implementación del Reglamento Sanitario Internacional-2005 (RSI) se inició en junio de 2007. Se realizó la evaluación de capacidades básicas en noviembre de 2008, en los niveles nacional y sub nacional. En el año 2009 idéntica tarea se realizó en los puntos de entrada al país. En julio del 2011 se realizó la segunda evaluación, cuyo informe fue remitido el 30-09-2011 en el formato establecido por la OMS a la Oficina Regional de OPS en Washington. Ha sido desarrollado un Plan Nacional de Fortalecimiento de las Capacidades Básicas, para el lapso 2008-2012, el cual fue nuevamente actualizado posterior a la segunda evaluación. Según el siguiente gráfico, la evaluación realizada en el 2011 en relación a la implementación de las Capacidades Básicas recomendadas por el RSI, evidencia que las acciones en el marco legal y

administrativo han alcanzado un avance de un 63.8%. Para la capacidad de detectar, evaluar y notificar se logró un 85.2%, y por último, alcanzó un 77.5% la capacidad para investigar, intervenir y comunicar.

GRÁFICO 11



Fuente: Dirección General de Vigilancia de la Salud-MSPBS

La red de diagnóstico laboratorial para la vigilancia está en proceso de desarrollo y fortalecimiento. Actualmente cuenta con nodos sub nacionales estratégicos en 5 departamentos en situación de frontera, incorpora a laboratorios privados para vigilancias específicas (dengue, influenza, rotavirus), trabaja con laboratorios de referencia supranacional de Brasil (Fiocruz, Evandro Chagas, Adolfo Lutz), Argentina (Malbrán, Pergamino), y de Estados Unidos (CDC).

Vigilancia Epidemiológica

En cuanto a la estructuración de la vigilancia epidemiológica, incluyendo los sistemas de alerta y respuesta, se cuenta con una red de vigilancia epidemiológica que complementa a los servicios de salud para la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria (ENOs), vigilancias centinela, vigilancias universales y vigilancia comunitaria (telemedicina). Siguiendo las recomendaciones del RSI-2005, se creó un Centro Nacional de Enlace para el monitoreo de eventos de salud pública de importancia nacional e internacional que funciona en red con 18 unidades epidemiológicas regionales. Desde aquí se administra el sistema de alerta y respuesta a nivel nacional, sub nacional e internacional. Dicho centro es miembro de la red de Alerta y Respuesta de la OPS/OMS-IHR. Por otra parte, se encuentran en proceso de

desarrollo las unidades de epidemiología distrital y las unidades de epidemiología hospitalaria.

Para la vigilancia en puntos de entrada internacional (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos), se cuenta con un listado de puntos de entrada designados para la implementación de las capacidades básicas que exige el RSI (2 aeropuertos, 1 puerto y 3 pasos fronterizos terrestres) y un plan de fortalecimiento 2011-2014.

En el contexto de la vigilancia de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, tabaco, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y alimentos no saludables, el país realizó en el 2011 la primera encuesta de factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas incluyendo a población indígena. Se cuenta, además, con observatorios de violencia y accidentes. Forma parte de la red CARME/OPS

Vigilancia Sanitaria

La Dirección de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA) fue creada por Ley 1119/97 como organismo regulador en la fabricación, control de calidad, comercialización y uso racional de medicamentos, fitofármacos, domisanitarios y cosméticos. Desde el año 2010, también regula los productos del tabaco y los productos para la salud, con lo cual se ha expandido aún más su ámbito de regulación. Cuenta con dieciséis Oficinas Técnicas Regionales ubicadas en las Regiones Sanitarias respectivas.

Las políticas específicas para regulación de la publicidad están contenidas en la Ley 1119/97 que establece la definición de criterios, a cargo de la máxima autoridad sanitaria, en relación a la promoción y publicidad de las especialidades farmacéuticas. Por otro lado, el soporte laboratorial para la vigilancia sanitaria se organiza a través de convenios de cooperación técnica con institutos y laboratorios tales como el Instituto Nacional de Tecnología y Normalización (INTN), el Laboratorio Pharmacontrol, el Laboratorio de Control de Calidad de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción y el Centro Multidisciplinario de Investigaciones Tecnológicas.

Vigilancia Ambiental en Salud

Para llevar a cabo la vigilancia ambiental en salud, existe una Dirección General de Salud Ambiental que trabaja sobre todo calidad del agua, coordina acciones con la Secretaría del Ambiente (SEAM) en los casos de intoxicación por agrotóxicos. Así también, es miembro de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y

control del Dengue, articulando con los Municipios acciones para mejorar el problema de recolección de residuos sólidos y principalmente neumáticos.

Por su parte, el sistema para mitigar el riesgo de desastres naturales, se trabaja desde el Centro Nacional de Enlace incorporando variables predictivas de clima y articulando con organismos de respuesta intra e intersectoriales.

7. FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre necesidades del sistema y la oferta de personal

En la última revisión del cumplimiento de desafíos y metas, aún cuando haya quedado una tarea pendiente de depuración de las bases de datos, se constató que la razón de médicos/as de salud por mil habitantes es de 1.3. Si se trata de enfermeros/as, la tasa es de 0.86 ‰. La razón para odontólogos/as llega a 0.73‰ y la de técnicos/as a 0.25‰.

GRÁFICO 12

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD		
Profesionales de Salud	Número	Razón por mil habitantes para el país
Médicos	9.070	1,3 ‰
Enfermeras	5.640	0,86 ‰
Odontólogos	4.767	0,73 ‰
Técnicos	1.717	0,25 ‰



Fuente: Dirección General Estratégica de RRHH-MSPBS

La observación de dichas cifras constata que en la profesión médica estamos dentro de lo recomendable y el déficit de licenciadas de enfermería puede ser temporalmente cubierto por los técnicos en enfermería, que son formados bajo el control del MSPBS a través del Instituto Nacional de Salud. Hasta la asunción de esta nueva administración, existía una distribución inadecuada de la fuerza de trabajo en salud, particularmente en cuanto a médicos/as. Se han tomado medidas que tienden a revertir dicha inequidad. No obstante persiste una brecha en el total de médicos y en particular en algunas especialidades.

Según datos recabados por el ministerio, existe una concentración de más de 50% de los profesionales de salud en Asunción y el departamento Central, si bien con la instalación de las Unidades de Salud de la Familia, en poblaciones alejadas y rurales, se ha promovido la redistribución de profesionales hacia los diversos departamentos de país. En cuanto a las especialidades, existen especialidades cuyas brechas son críticas y requieren de una intervención conjunta con las universidades y los gremios para subsanar este déficit crónico como anestesia (de lejos la más crítica), neurocirugía, terapia intensiva neonatal y, en menor medida, pediatría.

Cambios y estrategias de innovaciones en la formación y educación permanente

No se han logrado aún cambios importantes en la orientación de la formación de los trabajadores de la salud, el modelo biologista y orientado hacia la enfermedad predomina en todas las instituciones formadoras. A través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos se han establecido contactos y se han facilitado seminarios de actualización y formación de referentes de las universidades, pero se requiere una acción de mayor impacto para lograr este cambio cultural en las universidades más antiguas, las demás siguen la misma línea trazadas por aquéllas. No obstante, se ha incentivado la formación de postgrado por medio de residencias en medicina familiar y cursos virtuales para los médicos de las Unidades de Salud de la Familia, en el Instituto Nacional de Salud.

La Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos, creada en el 2009 por esta administración, tiene como uno de sus fines el relacionamiento con las instituciones formadoras, y el de armonizar los intereses del ministerio como institución empleadora, de acuerdo a las políticas públicas, con las formadoras. En general, no existen programas de educación permanente de la fuerza de trabajo en salud. Existen capacitaciones aisladas, excepto en el caso de enfermería y obstetricia, que con la creación del Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, cuenta con un programa diseñado con el apoyo de la cooperación japonesa, constituyéndose en una muy buena iniciativa.

Dentro de las experiencias educativas innovadoras podríamos mencionar la formación de técnicos superiores en Información en salud, y en reparaciones de equipos biomédicos; la conversión de auxiliares de enfermería en técnicos superiores en enfermería; y la creación de una institución formadora de técnicos superiores en enfermería para indígenas, en el Chaco.

Modelo de gestión y administración del personal de salud. Vínculo laboral y modalidades de contratación y pago

La actual directiva del ministerio viene alentando el trabajo en una sola institución, como propuesta alternativa al modelo que permite que los médicos tengan contratos en varias instituciones. Esta propuesta se basa en la consolidación de dichos contratos, con una carga horaria de tiempo completo en un solo servicio, lográndose un mayor arraigo al servicio de salud, una optimización del tiempo y una mejor cobertura. Este programa está destinado a especialistas en las cuatro especialidades básicas y a anesthesiólogos. Por otra parte, dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se han conformado las Unidades de Salud de la Familia como un equipo arraigado en un territorio social y compuesto por un médico/a, un/una licenciad/a, un/una auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios de salud. La modalidad laboral también es de tiempo completo.

En otro contexto, se ha logrado la desprecuarización laboral de más de 6.000 funcionarios a través de un concurso abreviado, procediendo al nombramiento de funcionarios que tenían entre 6 y 12 años de contratos renovados anualmente. En dicho nombramiento, se tuvo en cuenta la antigüedad y se evitó sistemáticamente influencias de tipo políticas partidarias, aún cuando la mayor parte de los nombrados pertenecían a grupos de signo político distintos al oficialista.

Se está invirtiendo en informatizar las bases de datos de recursos humanos, actividad que está concluyendo en los próximos meses y que va a permitir una depuración del anexo de personal y un mejor control de los funcionarios, además de proporcionar información, evidencias que permitan una toma de decisiones con mayor propiedad.

Las modalidades de vinculación institucional son el nombramiento por decreto, que permite una estabilidad laboral a partir de los 6 meses de trabajo y es permanente. La misma incluye el aporte jubilatorio y otros beneficios como maternidad, complemento familiar, etc. El contrato temporal es otra modalidad, cuya duración y renovación es anual. Esta última incluye algunos beneficios que antes no existían, como bonificación y remuneración extraordinaria, pero no contempla la posibilidad de aportes a la jubilación ni produce antigüedad. Actualmente, se introdujo la figura de pago por producto, aunque es una modalidad todavía poco utilizada.

Regulación de la formación y de las profesiones

Existe un proyecto elaborado entre el Ministerio de Salud, los gremios y la OPS/OMS, que actualmente cuenta con aprobación de una de las comisiones de la Cámara de

Diputados (Justicia y Trabajo). Se está trabajando con la Secretaría de la Función Pública en un proyecto paralelo que podría ser aprobado por decreto del Poder Ejecutivo, hasta tanto el Parlamento lo trate y apruebe.

De acuerdo a la Constitución Nacional, las universidades son autónomas y existe una discusión vigente acerca de si los Institutos superiores tienen también dicha autonomía, no consagrada explícitamente en la carta magna. Por Ley General de Universidades, los títulos habilitan para el ejercicio de la profesión una vez inscriptos en el Ministerio de Educación. Por otra parte, el Código Sanitario estipula que todos los títulos de profesiones de salud deben ser registrados en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ninguna de estas instituciones tiene competencia frente al postulado constitucional de la autonomía, por lo que estamos en presencia de una pérdida legal del poder de contralor o rector de ambas instituciones de salud y educación, frente a la omnipotencia de la autonomía.

Existen parámetros establecidos por la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES) que es la encargada del proceso de acreditación de las instituciones formativas. Pero dicha función se ejerce recién cuando la institución tiene egresados, lo cual implica un periodo “ventana” de 5 a 6 años, sin ningún control.

En cuanto a la regulación, la acción de Ministerio de Salud Pública es periférica y no vinculante, a través de la concienciación de las instituciones del Ministerio de Educación, para que cumplan su rol rector y establezcan criterios claros de calidad. A su vez, solicita referencias a las universidades e institutos superiores que piden la utilización del ministerio como campo de prácticas; así como evaluaciones diagnósticas e implementación de las mejoras sugeridas y, finalmente, estableciendo diálogo con las instituciones gremiales para el reconocimiento de las especialidades (convenio mediante). Las especialidades médicas y las otras profesiones en salud son reguladas en conjunto con los gremios respectivos. En el primer caso, con el Círculo Paraguayo de Médicos, institución que agrupa a todas las sociedades gremiales.

El sector privado se ha desarrollado enormemente en los últimos 10 años y en los últimos 5 sin control por las instituciones pertinentes (Consejo de Universidades). Es así que han adquirido el privilegio de incursionar en el campo de la educación a través de una ley aprobada por el Congreso Nacional sin que los dictámenes negativos de la institución competente (Consejo de Universidades) sean considerados y vinculantes. El Estado ha perdido el control sobre la creación de las universidades y no puede exigir ningún tipo de requisitos mínimos. No existe regulación.

En cuanto a las estrategias para la formación del personal técnico debemos señalar que son formados por los Institutos Técnicos Superiores, que dependen del Instituto Nacional de Salud (INS) y de la Dirección de Educación Superior del Ministerio de Educación a través de un convenio. Particularmente el INS se encarga de controlar todo el proceso de admisión, evaluación y registro de los alumnos desde su ingreso hasta el egreso respectivo. Existen 12 carreras técnicas, las cuales tienen una orientación de apoyo a la asistencia. Actualmente, el instituto ha abierto otras carreras denominadas “estratégicas” que tienen por objeto dar apoyo a las nuevas políticas de salud: registro e información en salud, mantenimiento de equipos biomédicos, conversión de auxiliares de enfermería en técnicos en enfermería. Además se reorientó el currículo del bachillerato técnico en salud hacia las competencias de agentes comunitarios, con una salida laboral como tales dentro de las Unidades de Salud de la Familia.

Desde el marco legal, la principal formadora en salud de la fuerza de trabajo es el Instituto Nacional de Salud, pues fue creado por ley de la nación para realizar cursos de especialización y maestría en el área de salud. Sin embargo, aún debe reorientar y consolidar sus esfuerzos hacia la formación de recursos humanos acordes al marco conceptual de las políticas públicas en salud. También existen cursos en otras instituciones privadas, pero su ocurrencia es limitada y escasa.

8. ACCIONES SOBRE DETERMINANTES SOCIALES

Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales

La propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 Paraguay para Todos y Todas⁷, constituye el principal marco de articulación de las Políticas Sociales del Estado y una hoja de ruta para conducir y liderar las acciones del Estado en el ámbito social y económico con miras a un desarrollo social con rostro humano. Anclado en un enfoque de derechos bajo los principios de universalidad, gobernabilidad, igualdad, diversidad, participación social, transparencia, eficiencia y eficacia, articulación, democracia y descentralización, sustentabilidad y sostenibilidad, gradualidad y progresividad, esta política se plantea trabajar 4 ejes estratégicos:

1. Calidad de Vida para Todos y Todas
2. Inclusión Social para superación de la Pobreza y Desigualdad
3. Crecimiento Económico sin exclusiones

⁷ Presidencia de la República. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Paraguay para todos y todas. Asunción, 2010

4. Fortalecimiento Institucional y eficiencia en la Inversión Social

Estrategias de coordinación intersectorial

Bajo la coordinación del Gabinete Social de la Presidencia de la República se pretende lograr la coordinación y articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y a nivel territorial en particular. Las instancias de articulación de la Política Pública son el Consejo de Ministros y la Unidad Técnica del Gabinete Social.

Un avance importante en el proceso de implementación de esta política es la adopción de un Modelo de Gestión Sistémica y por resultados con un abordaje territorial y participativo que permitirá abordar los problemas y dar respuestas a las necesidades en el espacio de vida de la gente reconociendo los recursos las potencialidades y los determinantes que afectan la calidad de vida de las personas.

Experiencias desarrolladas. Fortalezas y debilidades. Lecciones aprendidas

Cabe mencionar que esta política se encamina a la conformación de un Sistema de Protección Social (Sãso Pyahu)⁸ y con un modelo de gestión en red que plantea articular la responsabilidad de los diversos actores del sector público en diálogo permanente con la sociedad civil, para dar respuestas concretas a aquellos sectores especialmente fragilizados y excluidos, producto de la inequidad social y económica (las poblaciones de extrema pobreza, indígenas, personas en situación de calle, etc.).

Este modo de gestión plantea la articulación y complementariedad de las políticas sectoriales y de las acciones en territorio como un complejo entramado institucional y social que logre identificar cada familia o persona en Estado de vulnerabilidad para promover cambios significativos en las condiciones de vida de las personas

El abordaje integral de los territorios y la estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud, con los programas articulados por etapas del ciclo de vida, son las principales herramientas para la acción sobre los determinantes sociales en el sector salud, afianzados en el marco referencial de la salud como producto social y condicionado por la calidad de vida de las poblaciones. Es así que este sector como parte integrante del Gabinete Social encuentra su llegada a los territorios sociales a través de las Unidades de Salud de la Familia que operan en coordinación con otros sectores del Estado y encaminan las demandas y necesidades hacia las instituciones responsables.

⁸ Expresión en idioma guaraní

Existe actualmente, una iniciativa favorable de revisión de la propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010/2020 - Paraguay para Todos y Todas, entre diversos actores gubernamentales, de manera a evaluar los avances, dificultades y desafíos, sobretodo de la estructura de gestión de la misma. Se destaca así, la necesidad de fortalecer el abordaje territorial en forma coordinada y articulada entre sectores y actores implicados. Al mismo tiempo, se plantean experiencias de articulación intersectorial en territorios sociales del área rural y de poblaciones indígenas, lideradas por el Gabinete Social desde la problemática de la reforma agraria. Es una mesa de trabajo conformada por representantes de varios ministerios como el de agricultura, salud, educación, entre otras; y que en base a lecciones aprendidas de experiencias anteriores, pretende incidir favorablemente sobre los determinantes sociales con la participación de las poblaciones respectivas. La gran mayoría de las comunidades seleccionadas cuentan con una Unidad de Salud de la Familia cercana que atiende a sus poblaciones respectivas y cuyos equipos de salud de la familia están comprometidos a participar activamente de la propuesta.

Alcance de los ODM

Paraguay asumió el compromiso de realizar los esfuerzos necesarios para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, para el año 2015. Es así que el país experimentó un progresivo descenso de los principales indicadores, en los últimos años, y aunque la mayoría no alcanzará la meta propuesta, se hace perentorio mantener las metas logradas y seguir disminuyendo las estancadas o rezagadas⁹.

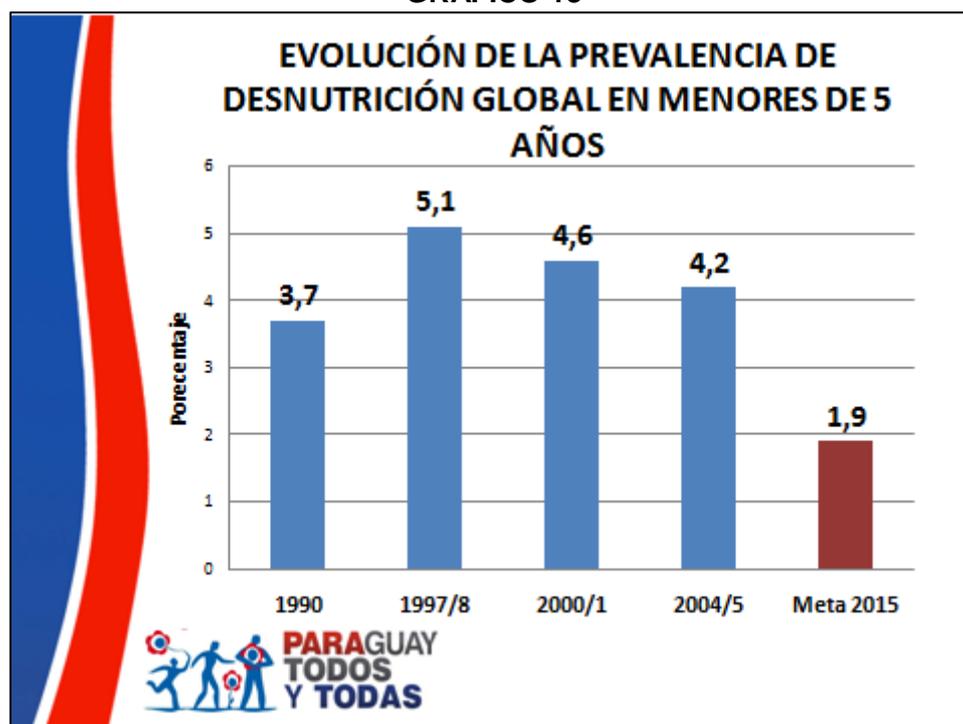
ODM 1 – Nutrición de niños y niñas menores de 5 años y de mujeres embarazadas

El hambre se mide a través de dos indicadores, el “porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global¹⁰”; y el “porcentaje registrado de mujeres embarazadas desnutridas”.

⁹ Reporte del MSPBS para el informe de gobierno “Objetivos de Milenio-2011”

¹⁰ Relación peso-edad por debajo de < 2DE en niños/as menores de 5 años. No se cuentan con datos luego del año 2005 (a partir de este año comenzó un programa especialmente diseñado para reducir la desnutrición y durante el año 2010 cuenta con alrededor de US\$ 4 millones (Gs. 18.000.000.000)

GRAFICO 13



Fuente: CEPEP 1990; DGEEC - EIH 1997/8; 2000/01 - EPH 2004/2005

La desnutrición global de menores de 5 años muestra un incremento entre el año 1990 y el 1998, año en que empieza a decrecer. No obstante esta tendencia decreciente en los últimos 7 años, en el 2005 el indicador se ubica todavía por arriba del registrado en 1990; observándose el pico más alto en el año 1998 con el 5,1%. Así, en 1990, la desnutrición global afectaba al 3,7% de la niñez menor a 5 años y para el 2005 al 4,2%. Considerando el área de residencia, el sector urbano registra menores tasas de desnutrición y en el periodo estudiado no hubo cambios positivos. El área rural, sin embargo, muestra un persistente incremento pasando de 4,3% en 1995 a 5,7% en 2005.

Con respecto a las diferencias por sexo, el indicador muestra un crecimiento más rápido de la desnutrición en los varones, ya que la misma pasó de 3,3% a 5,2%, mientras que la desnutrición en las niñas disminuyó de 4,1% a 3,1%. Si el análisis se realiza por condición de pobreza, las diferencias son muy significativas. La desnutrición global alcanzaba al 6,4% de los menores de 5 años en pobreza y a 2,1% de los no pobres

La desnutrición global en menores de 5 años cobra importancia debido al impacto de esta situación en la salud y el rendimiento educativo en el corto plazo, mientras que en

el largo plazo influyen en las capacidades laborales y socio afectivas. Según un estudio realizado por CEPAL/PMA/UNICEF¹¹ la suma de los costos directos e indirectos en salud, educación y productividad en Paraguay fue equivalente al 2% del PIB del año 2005¹². Los costos de intervención para erradicar la desnutrición son mucho más bajos que los costos derivados de no erradicar la misma.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es implementado por el Ministerio de Salud Pública, desde el año 2000, de manera gradual y amplificada a todos los departamentos del país. El SISVAN incluye a menores de 5 años, embarazadas y niños/as en edad escolar y adolescentes. Sin embargo, la remisión de datos desde las regiones sanitarias es aún irregular, motivo por el cual dicho sistema requiere un sostenido fortalecimiento.

El porcentaje de mujeres embarazadas con desnutrición se incrementó de 28% a 34,5% entre los años 2000 y 2003. A partir de este último año empezó a disminuir hasta ubicarse en 30,0% en 2009. Cabe destacar que al inicio de la vigilancia nutricional de embarazadas (2000), los datos fueron obtenidos de 7 Hospitales Regionales, seleccionados de Regiones Sanitarias con mayor mortalidad materno-infantil. Para el año 2002 aumentaron a 12 las Regiones Sanitarias. Actualmente se realiza en las 18 Regiones Sanitarias, la Evaluación Nutricional de Embarazadas pero con número de muestra muy variable. Los indicadores con los cuales se mide el estado nutricional son Peso/Talla/Edad Gestacional, con el patrón de Rosso y Mardones (Ministerio de Salud de Chile, 1986).

Observando el comportamiento de los indicadores relativos a la desnutrición, tanto de la niñez como de las mujeres embarazadas, el cumplimiento de las metas será difícil, ya que fueron “años perdidos”. Sin embargo, si se considera que a partir del año 2009 se verifica un aumento significativo de los programas de Transferencia Monetaria Condicionada que actualmente alcanzan al 50% de la población en pobreza extrema (se prevé llegar al 100% en los siguientes años), sumado a un aumento considerable de la inversión social y a un repunte económico puede esperarse que en la cuenta regresiva para llegar al año 2015, Paraguay pueda revertir significativamente los porcentajes de pobreza y desnutrición.

¹¹ Con el apoyo del Programa Invertir en la Gente para el estudio de caso de Paraguay

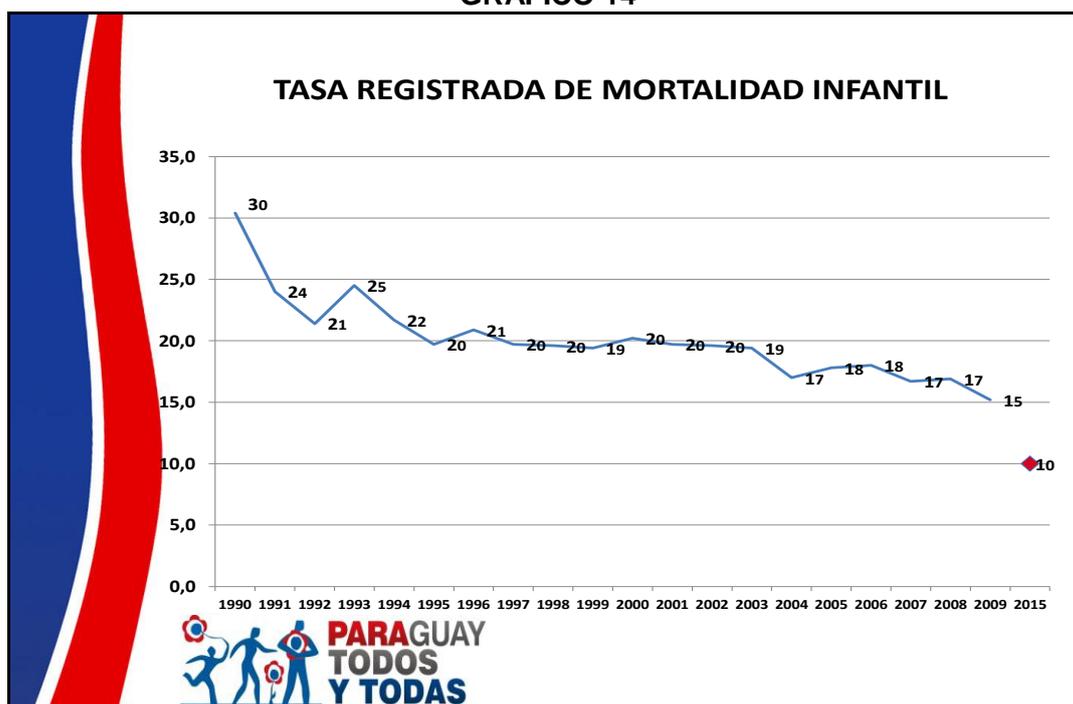
¹² Para países como Bolivia, Guatemala El Salvador y Guatemala los costos de la desnutrición representaron entre 6 y 11,4% del PIB en el año 2004

ODM 4 – Salud de Niñez

Es relevante destacar que las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años se constituyen en indicadores privilegiados de las condiciones de vida de una población determinada y de la calidad de atención de los servicios de salud, al revelarse extremadamente vulnerables al deterioro de las condiciones de vida concretas de un país o región, razón por la cual su seguimiento adquiere relevancia para medir el impacto de las acciones en salud y en calidad de vida.

La tasa registrada de mortalidad infantil pasó de 30 por mil nacidos vivos registrados, en el año 1990, a 15 por cada mil nacidos vivos registrados en 2009¹³. Según datos del MSPBS, el descenso en la mortalidad infantil fue más significativo en el sector urbano (18 en 1996 a 14 en 2009 por cada mil nacidos vivos), así como entre los niños (de 24 a 16 por cada mil nacidos vivos) frente a las niñas (de 18 a 14 por cada mil nacidos vivos), en el mismo periodo.

GRAFICO 14



Fuente: Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). MSPBS

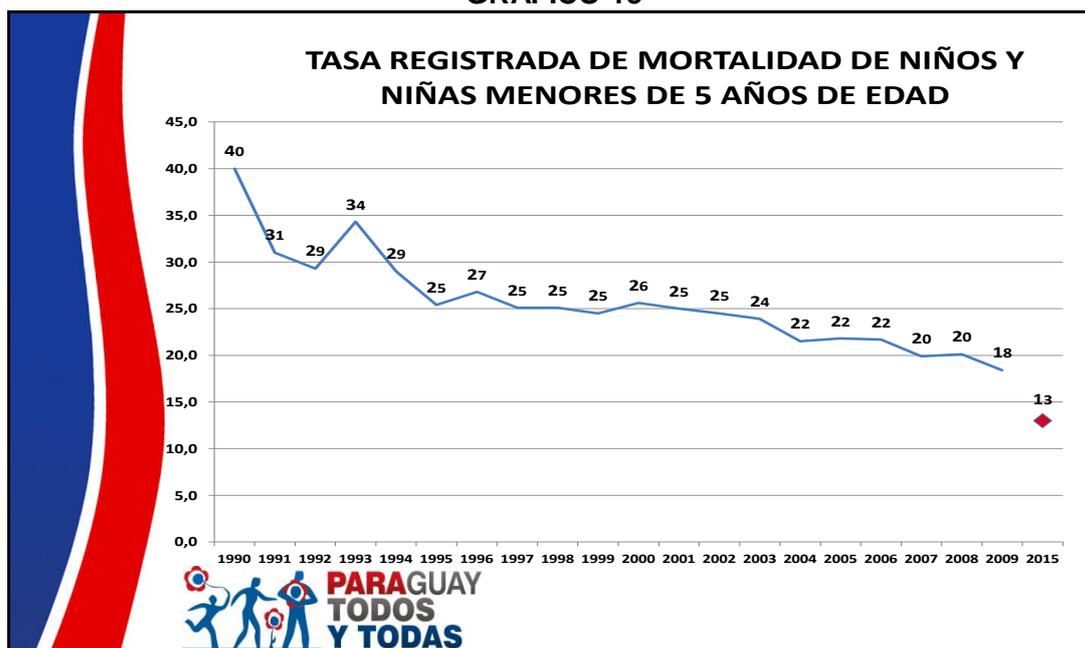
Si bien la tasa de mortalidad infantil también ha experimentado un descenso progresivo con el transcurrir de los años, la meta prevista para el 2015 de reducirla a dos terceras partes de su valor del año 1990, no se alcanzaría, por el ritmo del descenso. Según evaluación de Unicef y CEPAL realizada en el año 2007, el país está

¹³ Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). MSPBS

clasificado como rezagado en el cumplimiento de esta meta debido a que para dicho año, no se logró disminuir la mortalidad infantil al 45% de su valor en el año 1990¹⁴.

Al analizar las causas de muerte de los niños y niñas menores de 1 año, del año 2009, se constata un alto predominio de afecciones en el período neonatal, de manera que se encuentran las lesiones debidas al parto (34%), seguidas de malformaciones congénitas (19%); infecciones del recién nacido y septicemia (10%); y por último, prematuridad (6%). Por otra parte, la diarrea es responsable del 3% de las muertes y las enfermedades nutricionales y anemia del 2%; entre las causas más relevantes. Esto implica el desafío de lograr una mayor disponibilidad y acceso a una atención médica adecuada al parto y al cuidado del neonato. Al mismo tiempo, la superación de muertes por causas transmisibles implica desafíos de mayor envergadura como el acceso a servicios educativos, de saneamiento básico, nutrición, etc., lo que equivale a mejores condiciones de vida.

GRÁFICO 15



Fuente: Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). MSPBS

En el gráfico se observa que entre los años 1990 y 2009¹⁵, la tasa registrada de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años descendió de 40 a 18,7 decesos por cada mil nacidos vivos registrados. Según datos del Subsistema de Información de

¹⁴CEPAL, Unicef. “La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas”. Santiago de Chile. 2007

¹⁵ Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV)-MSPBS

Estadísticas Vitales del MSPBS, esta caída se notó principalmente en el sector urbano, disminuyendo de 27 muertes, en 1996, a 17 por cada mil nacidos vivos registrados, en el año 2009; y fue más acentuado en los varones en el mismo periodo, de 30 a 20 fallecimientos por cada mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad registrada por el MSPBS de menores de 5 años, mantiene una línea de tendencia descendente, pero el ritmo de descenso no es suficiente para alcanzar la meta prevista para el 2015. A pesar de haberse logrado un aumento de la cobertura de las Estadísticas Vitales, aún persiste un sub registro importante que es del orden del 29 % para las defunciones y 33 % para los nacidos vivos en el año 2009, comprometiendo a su vez el logro de la meta en el plazo establecido.

En cuanto a la causas de muerte en este grupo etario, aún tienen un peso importante las relacionadas al período neonatal como las lesiones debidas al parto, malformaciones congénitas, infecciones del recién nacido y septicemia, prematuridad. No obstante, ya adquieren destaque las neumonías e influenza, diarreas y causas externas (accidentes domésticos), así como las enfermedades nutricionales y anemias, configurándose un perfil de causas prevenibles o evitables.

Las acciones favorables llevadas a cabo por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia para contribuir a este objetivo se refieren a las siguientes:

- Elaboración del Plan Nacional de Promoción en Calidad de Vida y Salud con Equidad de la niñez y adolescencia 2010-2013, actualizando la Estrategia Nacional de Salud Neonatal
- Convenio Marco de Cooperación interinstitucional entre varios ministerios, la conformación de un equipo técnico multidisciplinario intersectorial y el diseño de un programa para la prevención y la atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato
- Identificación de estrategias de alimentación y nutrición de los pueblos indígenas, además de la participación en la mesa interinstitucional coordinada por la misma para identificar y articular otras acciones
- Abordaje de la calidad de atención en los servicios de salud con perspectiva de derechos humanos, género y eliminación de la violencia a través del *Proyecto "Pehendu Ore Ñe'e"*¹⁶ dirigido a profesionales de la salud directamente implicados en la atención a la salud de niños, niñas y adolescentes

¹⁶ Traducido del guaraní significa "Escuchen Nuestras Voces"

- Implementación de la estrategia de AIEPI comunitario (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) implementada a través de las Unidades de Salud de la Familia, para el mejoramiento de la calidad de vida y salud integral de los niños y niñas menores de 5 años
- Cobertura inmunológica, a través del programa regular y campañas nacionales de vacunación de Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Apoyo nutricional de recuperación y de prevención por medio de la distribución de leche y otros alimentos a niños y niñas menores de 5 años y a embarazadas con déficit nutricional, por parte del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición en los servicios de salud del MSPBS.

Los desafíos para la reducción de la mortalidad de la niñez se relacionan a la ampliación de la cobertura de salud en las regiones más pobres del país; el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud en la red integrada de servicios de salud; acciones de promoción de la salud para el crecimiento y desarrollo favorable de los menores de 5 años. Además, el control de las enfermedades prevenibles; el mejoramiento del sistema de registro e información en salud y su actualización con datos consistentes y confiables; la definición de indicadores de salud de los niños y niñas indígenas y la elaboración de planes y programas que tomen en consideración los aspectos culturales de las comunidades indígenas; y la capacitación de los recursos humanos en salud, entre los más relevantes.

ODM 5 - Salud Materna

En el año 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) en el Paraguay era de 150,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mientras que en el año 2009 se registró una RMM de 125,3 por 100.000 nacidos vivos.

GRÁFICO 16



Fuente: Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV)-MSPBS

A lo largo de los 20 años de reporte de este dato, el mismo muestra oscilaciones importantes marcadas por los procesos de fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna desde el año 2000 y el mejoramiento de la calidad del registro de las estadísticas vitales, a partir del año 2004.

Aún cuando la tendencia general es a la disminución, se siguen observando fuertes inequidades. Así, en el año 2009 la RMM total fue de 125,3 siendo la urbana de 115,2 y la rural de 152,7. Comparando entre las diferentes regiones se observa para el mismo año en la capital del país una RMM de 93,5 por debajo de la general, mientras que en Presidente Hayes (región de difícil acceso geográfico y con elevado porcentaje de población indígena), una RMM de 424,2¹⁷. Esto evidencia que el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y el tratamiento oportuno de las complicaciones en los servicios de salud son claves para la reducción de la mortalidad materna, pues ésta es un reflejo de los determinantes sociales y de las respuestas adecuadas en tiempo y calidad del sistema de salud. Por su parte, el aumento de la RMM en el 2009 respecto al 2008 está relacionado con el aumento de infecciones respiratorias, incluyendo los casos por influenza AH1N1.

Según la Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003/2008 (PNSSR), las principales causas de mortalidad entre los años 2003 y 2006, fueron el aborto, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio, hemorragia, toxemia y

¹⁷ Según datos de la Dirección de Bioestadística-MSPBS

finalmente sepsis. Las causas que tendieron a decrecer con los años fueron la sepsis y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio”¹⁸. En el año 2009 la primera causa fue enfermedad hipertensiva del embarazo-toxemia (19,5%), seguida de aborto (18%), hemorragias (16,4 %), sepsis (6,3%) y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (39,8%)¹⁹.

Para lograr la meta en el 2015 la reducción debería seguir hasta alcanzar una RMM registrada de 37,5 por 100.000 nacidos vivos. El progreso de reducción actual es insuficiente para alcanzar la meta prevista, aunque el potencial de reducción del Paraguay es elevado, así como en otros países de América Latina²⁰. Por tanto es posible reforzar la tendencia mediante la firme adopción de medidas como i) mejoría de la calidad de la atención durante el prenatal, parto y puerperio; ii) desarrollo e implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud; iii) disminución del aborto inseguro; iv) reducción de la morbilidad materna severa; v) integración de los programas de SSR y VIH/Sida; vi) acceso universal a los servicios de SSR; vii) mejora de los sistemas de información; viii) eliminación de la sífilis congénita.

ODM 6 - Combatir el VIH SIDA, el Paludismo y otras enfermedades

Situación de la Tuberculosis

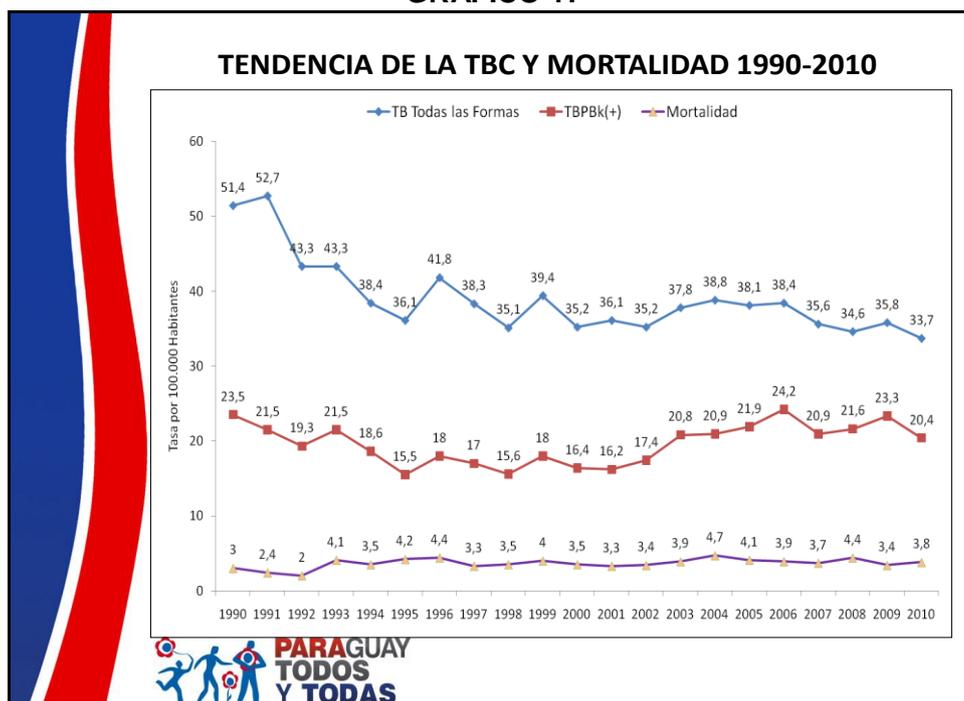
La Tuberculosis sigue constituyendo un problema grave de salud pública en nuestro país, así en el 2010 se identificaron 2172 casos nuevos de TB, de los cuales 10.3% ocurrieron en niños y niñas menores de 15 años. Podemos decir que Paraguay ya ha alcanzado la meta de disminuir significativamente la incidencia de TB en relación al año 1990. En el gráfico 17 se observa que la misma ha disminuido de 51,4/100.000 en 1990 a 33,7/100.000 en 2010. Sin embargo, no se ha logrado alcanzar la meta de disminuir al 50% la mortalidad al 2015 en relación a 1990.

¹⁸ “Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual Reproductiva, 2003/2008, Informe final, Paraguay-Noviembre”. MSPBS

¹⁹ Departamento de Bioestadística, DGPS, MSPBS

²⁰ Reducción porcentual de la mortalidad materna 1990-2007 y proyectada hasta 2015 para LAC y 18 países. Indicadores básicos OPS/OMS – construcción CLAP/SMR 2010

GRAFICO 17



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis-MSPBS

Cabe resaltar, que desde el año 2004 se han incrementando los recursos financieros gubernamentales, los cuales junto con los recursos de los proyectos financiados por el Fondo Mundial (4.204.914 \$ en los últimos 5 años) han contribuido en implementar actividades orientadas a implementar la estrategia Alto a la Tuberculosis y por ende al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Los recursos para la atención en TB posibilitaron, entre otros, a:

1. Incrementar el número de laboratorios de diagnóstico por Baciloscopía: de 34 en el 2004 a 142 en el 2010.
2. Incrementar el número de servicios implementando la Estrategia DOTS/TAES: 98 en el 2004 a 1039 en el 2010, de los cuales 70 son USF
3. Capacitar 6.365 personal de salud del Ministerio de Salud Pública en la estrategia DOTS/TAES
4. Capacitar 11.549 promotores voluntarios en TB en las 18 regiones sanitarias
5. Informar en la prevención y control de la TB a 159.626 miembros de la comunidad
6. Capacitar a 1322 promotores voluntarios indígenas para el trabajo comunitario en la prevención y control de la TB, entre julio 2008 a junio 2010.
7. Capacitar a 981 trabajadores de salud del Ministerio de Salud Pública en la estrategia DOTS/TAES con enfoque intercultural.

8. Capacitar a 963 trabajadores de salud de la seguridad social (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial) en la Estrategia Alto a la TB.
9. Iniciar la implementación de la vigilancia de la con-infección TB/VIH.
10. Iniciar el tratamiento de pacientes con TB-MDR, setiembre de 2007
11. Establecer varias Alianzas Estratégicas para la contribución al logro de las metas como ser con el Hospital Menonita Km.81, la Fundación VENCER, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Itapúa, el Ministerio del Interior e Instituto de Previsión Social, en el año 2009
12. Elaborar materiales de comunicación (impresos y radiales) en idiomas castellano y guaraní.

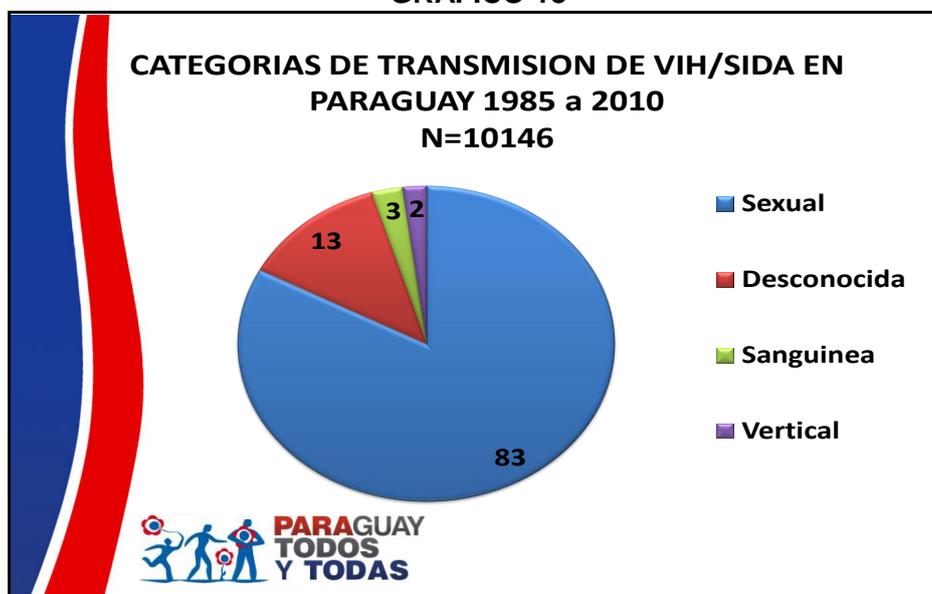
A 3 años de la implementación de la estrategia Alto a la TB y acciones específicas para abordar el control de la TB en Paraguay, se ha logrado contribuir a la disminución de la tasa de incidencia, sin embargo solo un trabajo coordinado intra e intersectorialmente contribuirá al logro de los ODM para el 2015 de disminuir la tasa de prevalencia y mortalidad. El trabajo coordinado permitirá fortalecer las alianzas con otros sectores e incorporar las Estrategias para Reducción de la Pobreza en el país, de manera a abordar la problemática de la enfermedad desde los determinantes sociales.

Situación del Vih-Sida

Desde los inicios de la epidemia del VIH en el Paraguay hasta diciembre del 2010, a través de la vigilancia epidemiológica se han registrado 8.908 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). El 32,7% (2.912 casos) están notificados como SIDA y 56,9% (5.072 casos) como personas infectadas con VIH sin condición que defina SIDA y 924 personas con estadio desconocido. Las personas fallecidas registradas suman 1.238 casos, con un recuento total de 10.146 registros.

Del total de los registros según categoría de exposición, correspondieron a transmisión sexual el 83%, el 2% corresponde a infección perinatal y el 3% refiere haber tenido transmisión por contacto con sangre y fluidos contaminados. En un 13% de los registros no se ha podido identificar la categoría de transmisión

GRAFICO 18



Fuente: PRONASIDA-MSPBS

Teniendo en cuenta la clasificación del tipo de epidemia propuesto por OMS y ONUSIDA que define las características conforme a los valores de prevalencia detectados en determinadas poblaciones, según los datos disponibles hasta la fecha, el Paraguay presenta una epidemia concentrada. Las estimaciones oficiales de personas con VIH/SIDA del Paraguay realizada con el apoyo Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA en el año 2009 para la Vigilancia Global de VIH/SIDA e ITS arrojan una cifra de 13.000 personas con VIH/SIDA.

En cuanto a la Prevalencia de VIH en embarazadas de 15 y más de edad fue de 0.34% en un estudio de seroprevalencia realizado en el año 2006. (Fuente: MSPBS-PRONASIDA). Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha no permiten determinar la prevalencia del VIH en el grupo etario de 15-24 años.

GRAFICO 19



Fuente: PRONASIDA-MSPBS

La incidencia reportada del VIH en la población de 15-19 y la de 20-24 años presenta una tendencia ascendente desde el 2000 al 2010. El incremento fue de 4,54 a 9,77 x 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años y de 12,27 a 27,35 por 100.000 habitantes en la población de 20-24 años de edad. El incremento de nuevas infecciones tiene asociados dos factores: la mejoría del sistema de registro y notificaciones y el mayor acceso de la población a las pruebas diagnosticas para el VIH, eventos que agregan elementos adicionales a la evaluación de progreso de la meta. Considerando que durante el quinquenio del 2005-2010 se ha mejorado en la consistencia y robustez de los datos, podemos analizar que ha habido un incremento del 93% de las nuevas personas con el VIH diagnosticadas en el año 2010 con respecto al 2005.

La implementación del programa para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) del VIH y la sífilis a mujeres embarazadas, desde finales del año 2005, así como la habilitación de Centros de Testeo Voluntario (CTV) de VIH y servicios de Atención integral (SAI) en otras regiones sanitarias del país, ha dado oportunidad de mayor acceso y realización de las pruebas de VIH y sífilis.

Según datos disponibles en el año 2005, el 18% de las personas con infección avanzada por el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovirales. Este indicador tiene como denominador el número de PVVS estimado que requiere medicamento

antirretroviral, utilizando un punto de corte de 200 CD4/ml del SPECTRUM, programa informático epidemiológico del ONUSIDA, corregido a su última versión. En el año 2009, el 60% de las personas con infección avanzada tuvo acceso a medicamentos lográndose un aumento del triple en relación al 2005. Sin embargo, en el año 2010, el punto de corte utilizado para estimar las necesidades de tratamiento antirretroviral (ARV) en personas con infección avanzada fue de 350 CD4/ml, por tanto el valor del indicador no puede ser comparado con el de los años anteriores.

Situación de la Malaria

En relación a la Malaria, cabe señalar que desde el año 1999 el Programa Nacional de Control de la Malaria del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) del MSPBS, ajustó su estrategia al enfoque de control integrado que incluye:

- Riesgo entomológico (estratificación según riesgo determinado por la intensidad de la incidencia del malaria a nivel departamental y distrital, teniendo en cuenta el índice parasitario anual IPA, identificación de medidas de control apropiadas a cada situación local)
- Atención al enfermo (diagnóstico clínico y parasitológico precoz y preciso, tratamiento curativo oportuno y completo)
- Control de vectores (investigación entomológica y aplicación combinada de medidas de control) que ha permitido disminuir de manera importante el número de casos.

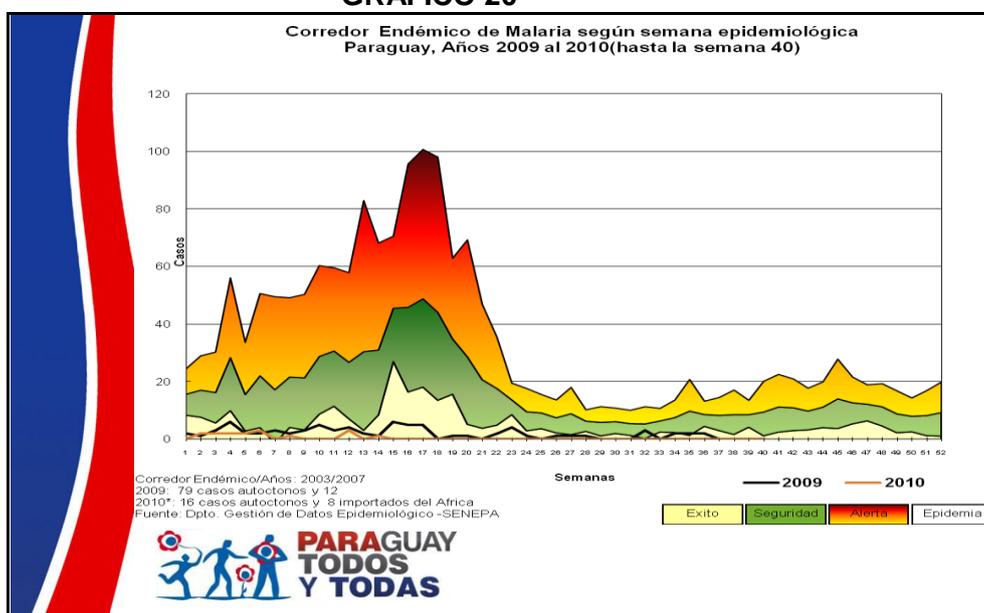
En el 2005, fue elaborado un Plan Estratégico para eliminar la malaria como problema de salud pública. Este plan proponía como novedad la incorporación de los servicios de salud de las regiones sanitarias en el diagnóstico y tratamiento y a los gobiernos locales en el ordenamiento ambiental, ya que hasta ese momento, eran actividades exclusivas del SENEPA. Con las actividades sostenidas de vigilancia y control implementadas a partir del año 2000 se ha logrado descender paulatinamente el número de casos; así desde el año 2004 con 694 casos, se ha logrado descender hasta 27 casos al año 2010, lo que significa una reducción del 96% en comparación al año 2004, reducción sostenida, sin posibilidades de retroceso.

A partir del 2007 se ha implementado el tratamiento radical de siete días, lo que ha facilitado alcanzar el esquema de medicación de cada caso, disminuyendo el abandono de la medicación. Con esto se pretende prevenir la mortalidad y disminuir la morbilidad y las pérdidas sociales y económicas debidas a la enfermedad. Durante los años en que se aplicó el tratamiento se logró una cobertura del 100% de los positivos. El número de distritos con presencia de casos de malaria en el 2009 fue de catorce y

en el 2010 disminuyó a seis. El 75% de la ocurrencia de los casos de paludismo en el país, en los últimos cinco años, permanece concentrada en el área rural de tres departamentos de la zona centro-este (Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú). En el corriente año se notificaron cinco casos, de los cuales sólo uno es autóctono y los demás importados del continente africano.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr la reducción del paludismo a nivel mundial por encima del 50% antes del 2015, con una línea de base para el Paraguay del año 1999, con 9.946 casos, siendo este tal vez uno de los pocos objetivos nacionales en franco cumplimiento, cuyos resultados son sostenidos en el tiempo.

GRAFICO 20



Fuente: SENEPA-MSPBS

9. INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Políticas específicas para patentes, genéricos, investigación e innovación, regulación de precios

Una de las iniciativas, desarrolladas desde la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos, buscando aproximar las necesidades en salud con la capacidad operativa local, en materia de medicamentos, fue el desarrollo e implementación de un “Listado de Medicamentos Esenciales” (LME), el cual pretende no sólo cubrir las patologías de mayor prevalencia en el país a fin de asegurar el tratamiento, sino a la vez preparar a los posibles oferentes en cuanto al tipo y calidad de medicamentos a ser adquiridos, para fomentar el abastecimiento correcto para el MSPBS.

Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

Contamos con una Política Nacional de Medicamentos, la cual contempla tanto los medicamentos genéricos, la regulación de precios, además del sistema de suministros confiables. No existen, actualmente, reglamentaciones con respecto a las importaciones paralelas ni de licenciamiento compulsorio.

La Política Nacional de Medicamentos establece claramente el acceso a medicamentos esenciales a través de sistemas de suministros confiables, regulación del mercado farmacéutico y del uso racional de medicamentos.

Capacidades productivas nacionales: estatales y privadas

El país cuenta con capacidad de producción nacional de medicamentos esenciales de aproximadamente el 70% de los medicamentos incluidos en la lista. Sin embargo, una parte de los medicamentos adquiridos por el ministerio no son producidos a nivel local, como los biotecnológicos (reactivos de laboratorio y vacunas), motivo por el cual es necesaria su importación para cubrir las necesidades de la población.

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

Los precios de los medicamentos son fijados por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria. En cuanto a los dispositivos médicos, estos no poseen un sistema de fijación de precios, es decir los mismos dependen del libre mercado.

Desde el 2009, cuando se estableció un Listado de Medicamentos Esenciales, la introducción de nueva tecnología en medicamentos se realiza a través de un Comité Nacional, el cual tiene como función el estudio de las propuestas de introducción para que, de ser aprobados, pasen a formar parte del LME. Para los dispositivos médicos, se está preparando una lista básica (similar a la de medicamentos) con los mecanismos de inclusión y exclusión, para la introducción de nueva tecnología. Es una tarea pendiente, desarrollar capacidades de estudios de costo/beneficio que colabore para las decisiones de introducción de nueva tecnología.

Uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud)

Las estrategias se corresponden al objetivo 2 del Plan Estratégico 2007-2011, referidas a fortalecer la capacidad de gestión, tanto de la Dirección del Programa Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), como en todas las instancias del mismo:

1. Abogacía y negociación con las autoridades del MSPBS y del Consejo Nacional de Salud para la aprobación e implementación de la propuesta de creación y funcionamiento del Programa de Fortalecimiento del SINAIS y del Equipo Técnico Interinstitucional
2. Organización y funcionamiento del Programa del SINAIS
3. Organización y funcionamiento del Equipo Técnico Interinstitucional del SINAIS
4. Aseguramiento del monitoreo y evaluación periódica relacionada con el plan y el desempeño del Programa SINAIS
5. Garantía de la conducción y gerencia del Programa SINAIS hacia el éxito final del logro de los objetivos del Plan Estratégico Nacional con la participación activa de los Consejos Nacional, Regionales y Locales de Salud y de las unidades del nivel central, regional y demás servicios de salud del Programa.

Los hitos en este capítulo están constituidos por la creación del Programa de Fortalecimiento del SINAIS con recursos asignados en el Presupuesto General de Gastos de la Nación en febrero de 2007; la creación de la DIGIES (Dirección General de Información Estratégica en Salud) para la implementación del Programa de Fortalecimiento del SINAIS en diciembre del 2008. Tal dirección depende directamente del Gabinete Ministerial como estrategia para fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud. Así también, la construcción del Plan de Monitoreo y Evaluación con apoyo del Fondo Global-Ronda 9, en los años 2010-2011; la definición de una política de Tecnología de Información y Comunicación, mediante Resolución Ministerial de Noviembre de 2010 y finalmente, la decisión de iniciar la implementación del uso del Software Libre en el MSPBS (Resolución Ministerial N° 914 de Setiembre de 2011).

En relación a las estrategias para uso de tecnologías de información y comunicación para la mejoría de la calidad de la atención a la salud se corresponden al objetivo 4 del Plan Estratégico 2007-2011. El mismo plantea el fortalecimiento de la infraestructura física y tecnológica del SINAIS de los niveles nacional, regional y local en forma gradual, mediante:

1. Puesta en marcha de la infraestructura física y tecnológica requerida para el óptimo funcionamiento del SINAIS
2. Implementación de los servicios de comunicación requeridos para el óptimo funcionamiento del SINAIS
3. Implementación del plan director de informática del SINAIS
4. Desarrollo de un programa de mantenimiento del SINAIS
5. Dotación de insumos básicos para apoyar a los niveles de producción de la

información y gestión del Programa SINAIS.

Se destacan en este punto, la instalación de un Data Center para centralizar los servidores del MSPBS; la aprobación del Plan Director de Informática del MSPBS; la dotación de equipos informáticos a Hospitales; Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia; la ampliación del servicio de internet supervisado por la DIGIES a 72 servicios de salud y la perspectiva de alcanzar a 205 de los mismos; la instalación de la Red Privada Virtual (RPV) de 32 puntos sujeto a ampliación. Por otra parte, la ampliación del servicio de comunicaciones vía línea baja, inicialmente para Región Sanitaria Capital y Central, mediante un convenio con la Corporación Paraguaya de Comunicaciones (COPACO) y la firma de un convenio para la implementación del servicio de telefonía celular corporativa denominada VOX. Por último, la implementación de herramientas informáticas para la recolección de datos, así como la impresión y distribución de los formularios utilizados por los diversos programas.

Los sistemas y subsistemas vinculados a Telesalud son:

- SUBSISTEMA INFORMÁTICO DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES: en uso a nivel nacional
- SISTEMA DE ÁREA AMBULATORIA: en uso en servicios de salud de 8 Regiones Sanitarias, en diferentes niveles de uso y servicios
- SISTEMA DE MOVIMIENTO HOSPITALARIO: en proceso de implementación
- SISTEMA DE EGRESOS HOSPITALARIOS: en uso en todos los servicios de salud del MSPBS
- SICIAP-Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay: en proceso de implementación en parques del nivel central, regional, distrital y farmacias de servicios de salud
- SISTEMA DE CONTROL DE PROFESIONALES DE LA SALUD: en proceso de implementación del sistema
- SISTEMA DE RRHH: módulo de legajos de los recursos humanos en proceso de implementación y carga por parte de los funcionarios del MSPBS
- SISTEMA PAI: en proceso de prueba final y preparación de piloto en tres servicios de salud
- SISTEMA PERINATAL: en proceso de prueba final y preparación de piloto en tres lugares
- SISTEMA DE BIENESTAR SOCIAL

- **LEGISLACION EN SALUD:** el Portal de Legislación en Salud, en proceso de implementación.

10. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas Nacionales de Investigación en Salud

Los avances en esta área requieren un mayor desarrollo y afianzamiento. Según la Ley N° 1028/1997, se instituyó el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) como el órgano rector de políticas nacionales de ciencia, tecnología e innovación, a través de la organización, coordinación y evaluación de dicho sistema. Es un organismo autárquico dependiente de la Presidencia de la República, de composición mixta, con diez miembros consejeros titulares y diez suplentes, que representan a ministerios del Poder Ejecutivo, gremios industriales, universidades estatales y privadas, centrales sindicales y la Sociedad Científica del Paraguay. Para el desarrollo de la investigación y la innovación identificó cinco ejes prioritarios tales como energía, recursos hídricos, ambiente, producción agropecuaria e industrias derivadas, servicios y salud. En ese contexto, el MSPBS conformó el Sistema Nacional de Investigación en Salud con representación oficial de los diferentes sectores interesados en la investigación para la salud y lideró la elaboración de la Política Nacional de Investigación para la Salud, aprobada por Decreto Presidencial N° 5531/2010.

El CONACYT financia proyectos de investigación para la salud, entre otros ejes. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción cuenta con un fondo propio, orientado a la financiación de proyectos concursables de investigación para sus facultades y facultades y centros de investigación. Por su parte, el MSPBS no logró la aprobación de financiamiento destinado a la investigación en salud, en su presupuesto de gastos.

Los actores que desarrollan investigación en salud son la Universidad Nacional de Asunción, el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS), el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y algunas Organizaciones no Gubernamentales del Sector Privado.

Institutos Nacionales de Salud. Funciones

El Instituto Nacional de Salud se crea en el año 1994, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como instituto superior de formación de recursos humanos e investigación del área de la salud. Ha realizado cursos de postgrado en

áreas de Salud Pública, Administración Hospitalaria, Epidemiología, Bioética, Nutrición, Atención Primaria, Gerencia en Sistemas y Servicios, con el apoyo de universidades y escuelas de salud pública de otros países. Actualmente, dicho instituto promueve la investigación a partir de los procesos vinculados a la elaboración de las tesis de postgrado de los alumnos para optar al título de especialistas o maestros en salud pública. Sin embargo, requiere una importante reorientación de su rol de manera a lograr que los recursos humanos en salud se formen calificadamente y realicen investigaciones, de acuerdo a los compromisos y desafíos de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”.

Relación con Centros y Redes de Investigación en Salud

Existe interacción con la Red de Políticas Informadas por la Evidencia (EvipNET America’s); Red Iberoamericana Cochrane; Red Iberoamericana de Investigación y Aprendizaje en Salud Pública (Rimais); entre las relevantes.

Brechas entre las investigaciones y necesidades del sistema

Principales condicionantes para el desarrollo de la investigación científica y tecnológica en salud en el Paraguay han sido históricamente la falta de financiamiento, infraestructura y formación adecuada de investigadores. Así también, la gestión de la investigación es limitada y con gran asimetría en temas relacionados a sistemas y servicios de salud comparados con los de las ciencias biomédicas y clínicas.

Las brechas y necesidades se refieren a la realización de investigaciones en salud pública desde la óptica de la equidad, universalidad, integralidad y determinantes sociales propugnadas desde el nuevo paradigma en salud instalado con las políticas públicas en salud. Para acortar dichas brechas se plantea favorecer un financiamiento progresivo y sostenible; el fortalecimiento de capacidades con énfasis en la formación de recursos humanos regionales y locales; así como la articulación y coordinación efectiva entre instancias y actores involucrados en la investigación en salud.

11. COOPERACIÓN

Las necesidades de apoyo técnico se refieren a la generación espacios de debates sobre reforma sanitaria basada en derechos, hacia la construcción del sistema único de salud; temas de participación protagónica, derechos de ciudadanía y empoderamiento comunitario con la población de territorios sociales. Asimismo, sistemas de regulación médica; enfoques de género e interculturalidad en las políticas, programas y atención en servicios de salud; estrategias de humanización de

los servicios de salud; y estrategias de negociación con universidades para el cambio curricular basado en enfoque derechos humanos y determinantes sociales

En cuanto a las posibilidades de oferta de apoyo técnico, se vinculan a las áreas de Vigilancia Sanitaria (registro de medicamentos, farmacopea, fiscalización); Servicios de Urgencias Pediátricas (metodología de Recepción, Acogida y Clasificación-RAC); Atención Primaria de Salud (gestión y desarrollo de personas); Vigilancia de la Salud (vigilancia epidemiológica, epidemiología de campo, control de vectores, implementación de Reglamento Sanitario Internacional y centro nacional de enlace), entre las más destacadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2007, 2008, 2009, 2010. Fernando de la Mora. 2006 al 2010

Decidamos, El Proceso de establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud en Paraguay. Asunción. Mayo 2011

Ministerio de Hacienda-UES, Informe de Evaluación de Programa Emblemático Gubernamental Unidades de Salud de la Familia. Asunción. Diciembre 2011

Ministerio de Hacienda-DP, Evaluación de Eficiencia y Diseño de Estructura Presupuestaria de Programas Públicos. Madrid. Agosto 2001

Ministerio de Hacienda-DP, Informe Final de Evaluación Unidades de Salud de la Familia. Asunción, Mayo 2011

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Asunción. Agosto 2008

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Reporte de Direcciones Generales. Asunción. Julio 2011

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Informe de ODM-2011. Asunción. Octubre 2011

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Indicadores Básicos de Salud-Paraguay 2010. Asunción, 2010

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Organización de los servicios de salud en el marco de la reforma sectorial. Asunción, Agosto 1998

Presidencia de la República. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Paraguay para todos y todas. Asunción, 2010

Universidad Nacional de Asunción-IICS, Actualización de línea de Base 2008-2010 y aplicación de encuestas año 2010 "Hábitos para la Prevención de la Diarrea y Percepción de la Calidad de Atención que brindan las USF". Asunción. Marzo 2011

ANEXO 1

INDICADORES	2008	2009	Fuente
1) DEMOGRÁFICOS			
Población	6.230.143	6.340.639	DGEEC
Proporción de la población urbana	57,7	58,1	DGEEC
Proporción de población menor de 15 años de	34,5	34,0	DGEEC
Proporción de población de 60 años y más de	7,3	7,4	DGEEC
Tasa de fecundidad	3,1	3,0	DGEEC
Esperanza de vida al nacer			
- Total	71,9	72,1	DGEEC
- Hombres	69,8	70,0	DGEEC
- Mujeres	74,0	74,2	DGEEC
Tasa de alfabetización (población de 15 y más	94,7	94,3	DGEEC
4) MORTALIDAD			
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos			
- Estimada	31,7	31,1	DGEEC
- Registrada	16,9	15,4	SSIEV - Dirección de Bioestadística – DIGIES.
Tasa de mortalidad de menores de 5 años			
- Estimada			
- Registrada	20,1	18,7	SSIEV Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
- Estimada			
- Registrada	117,4	125,3	SSIEV Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	53,9	40,9	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES-MSPBS
5) COBERTURA			
Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo con siete consultas y más	29,5	28,7	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES-MSPBS
Proporción de partos atendidos por personal capacitado/institucional	93,0	93,8	
Proporción de defunciones con causa de muerte mal definida e ignorada	13,2	12,8	

INDICADORES	2008	2009	Fuente
Atención Hospitalaria			
N° de establecimientos (MSPBS + IPS)	1.046	1.106	Ficha de Egreso y Censo Hospitalarios. IPS. Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
N° de establecimientos con internación (MSPBS +	393	395	
N° de establecimientos (MSPBS)	968	1028	
N° de establecimientos con internación (MSPBS)	352	354	
N° de establecimientos (IPS)	78	78	
N° de establecimientos con internación (IPS)	41	41	
N° de camas hospitalarias (MSPBS + IPS)	6.114	6.156	
Razón de camas (MSPBS+ IPS) por 1.000	1,0	1,0	
N° de egresos hospitalarios por 100 habitantes/año	188.551	196.504	
Tiempo medio de estancia hospitalaria (*)	3,6	3,4	

* Sólo de instituciones dependientes del MSPBS