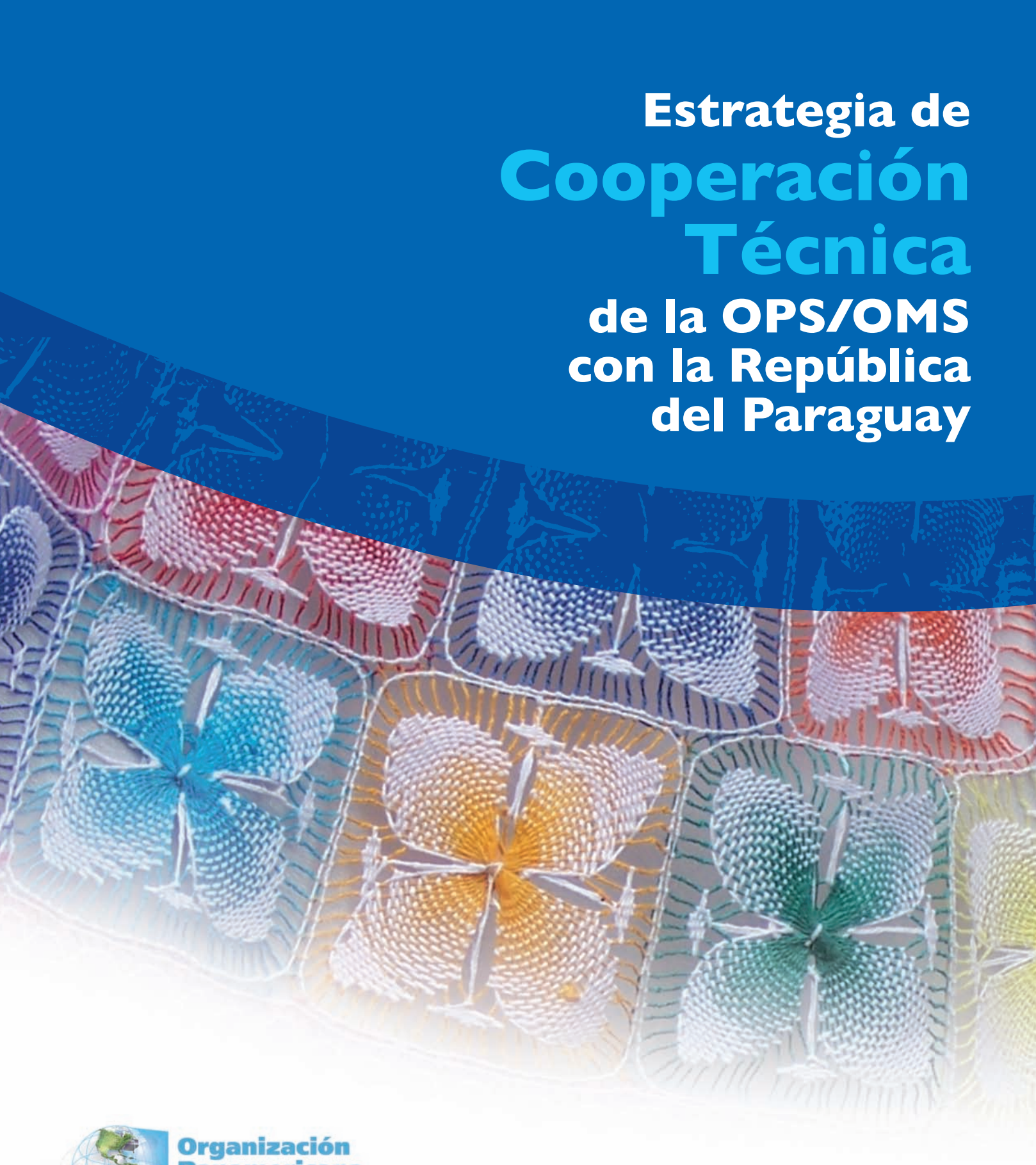
Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la República del Paraguay



Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

2010
2013

Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la República del Paraguay

2010 - 2013

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud
Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS-OMS con la República del Paraguay 2010-2013.— Asunción: OPS, 2009. 96 págs.

ISBN 9 789275 33807

Paraguay - Cooperación Técnica 2. Cooperación Internacional – Salud.

Organización Panamericana de la Salud. II. Título.

614/CT

©Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2009

Avda. Mcal. López 957, Entrepiso
Asunción PARAGUAY
Teléfonos (595 21) 450495/7 Fax (595 21) 450498
Correo electrónico: e-mailpar@par.ops-oms.org

http://www.paho.org/par

Edición: Luis Claudio Celma

Diseño gráfico y diagramación: Olga Barriocanal Monti

Impresión: AGR Servicios Gráficos

Tirada: 1000 ejemplares

Este documento es propiedad de la OPS/OMS – Paraguay. No tiene fines de lucro, por tanto, no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a la ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Dra. Esperanza Martínez, por haber aceptado asumir este desafío.

A los colegas que han formado parte de la Misión Conjunta OPS/OMS, en las personas del Dr. Guillermo Mendoza, Dra. Esmeralda Burbano, Dra. Guadalupe Verdejo, Dr. Paulo Teixeira y el señor Patricio Coral.

Al personal técnico del Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social, especialmente a quienes formaron parte del equipo de conducción encargado de liderar este proceso: Dra. Cristina Guillén, Dr. Iván Allende, Dra. Margarita Bazzano, Dra. Ana Bordón, Dr. Diego Gamarra, Dra. Carmen Gómez, Dr. José Marín, Dra. Malvina Páez, Lic. Diana Rodríguez, Lic. Rommy Tipermman y el Lic. Enrique García de Zuñiga.

A las Ministras del Poder Ejecutivo: Sra. Gloria Rubín, ministra de la Mujer; Dra. Lilian Soto, ministra de la Función Pública; Lic. Liz Torres, ministra de la Niñez y de la Adolescencia; Sra. Lida Acuña, presidenta del Instituto Paraguayo del Indígena.

A los Ministros del Poder Ejecutivo: Dr. Héctor Lacognata, ministro de Relaciones Exteriores; Dr. Luis Alberto Riart, ministro de Educación y Cultura; Dr. Enzo Cardozo, ministro de Agricultura y Ganadería; Dr. Efraín Alegre, ministro de Obras Públicas y Comunicaciones y el señor Pablino Cáceres, ministro de Acción Social.

A los destacados profesionales, integrantes de la Consulta Debate en Salud Pública "Desafíos del Sector Salud en Paraguay 2010 – 2013": Prof. Dr. Antonio Arbo; Dr. Hugo Arza; Dr. Martín Chiola; Dr. Agustín Carrizosa; Dr. Amado Gil; Dr. Edgar Giménez; Dra. Carmen Gómez; Dra. Teresa León; Dra. Desirée Masi; Dra. Marta Peña; Dra. Cynthia Prieto; Dra. Milda Rivarola; Econ. Hugo Roig; y Dra. Verónica Serafini.

Al Coordinador Residente del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Dr. Lorenzo Jiménez de Luis y Representantes de otras agencias de cooperación de las Naciones Unidas: Dr. Carlos Mazuera, representante del Unicef, señora Manuelita Escobar, representante auxiliar del UNFPA, Ing. Francisco Muñoz, representante interino de la FAO; Representantes de las agencias de cooperación bilaterales, señor Jaeyun Chang, representante residente de Koica, Ing. Agr. Yutaka Iwatani, representante residente adjunto de la JICA, señora Rose Raskas, Usaid; Carlos Cabanillas, coordinador general de Aecid; y las agencias de cooperación multilaterales, Dr. Vladimir Radovic, representante residente del BID, y al señor Alex Barril García, representante del IICA.

A los directivos y técnicos de las instituciones y organizaciones que han participado a lo largo del proceso de consulta: senadores Dres. Julio Velázquez, Juan Carlos Bóveda, y Martín Chiola, de la Cámara de Senadores; Dr. Hugo Arza, en su calidad de presidente del Circulo Paraguayo de Médicos (CPM); señora Emilce Alfonzo, técnico del Centro Viviendas Saludables de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción; Lic. María Concepción Leyes de Chávez, presidenta de la Asociación Paraguaya de Enfermería; señor Ángel Vera Sales, Federación de Asociaciones Guaraníes de la Región Oriental de Paraguay; señores Eriberto Ayala, José Cardirzo y Manuel Aguilera Cardozo, Comisión de Pueblos y Comunidades Indígenas del Chaco Paraguayo; señora Herminia Páez Lezcano, Secretaría de Emergencia Nacional; señor Blas Javier Amarilla, Red de Viviendas Saludables; señora Liz Kreifmayr, de la dirección del Centro Nacional de Toxicología; Dr. Narciso Fleitas, laboratorio del Centro Nacional de Toxicología; Dr. Juan Carlos Portillo, SEME; Dra. Aída Galeano, Digesa; señor Carlos Torres, Asaned; señora Mercedes Maldonado Banks, Programa Nacional de Accidentes; señor William Cárdenas Duarte, Municipalidad de Asunción; Ing. Pedro Martínez, Senasa; señor Victor Hugo Cáceres, Erssan; señor Jorge Pusineri, Essap; Ing. Roger Monte Domecq, MOPC; señor Carlos Pavón, Aidis; Ing. Gustavo Gonzalez, laboratório de Digesa.

A la sociedad civil organizada y las Organizaciones No Gubernamentales.

A los profesionales docentes e investigadores del Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción (IICS-UNA), quienes se hicieron cargo de la organización, moderación y relatoría de la Consulta Debate en Salud Pública "Desafíos del Sector Salud en Paraguay 2010 – 2013", en especial, la Dra. Graciela Velázquez, Prof. Dra. Elena Kasamatsu, Prof. Lic. Mónica Ruoti de García de Zúñiga, Dra. Malvina Páez y Dra. María Angélica Leguizamón.

Un agradecimiento especial a la Dra. Luciana de Chagas y la Lic. Susana Damasceno, de la Representación de OPS/OMS, Brasil.

A los profesionales de la Representación OPS/OMS en Paraguay, en especial, quienes han formado parte del equipo de conducción de la ECP/CCS, constituido por la Dra. Antonieta Arias, Lic. María Teresa Coronel, Dra. Margarita Ferreira, Dra. María Angélica Gómez, Dra. Vidalia Lesmo, Ing. Roberto Lima, Dr. Raúl Montesano, Lic. Catalina Quaglia, Dr. Antonio Sánchez, Dr. Bernardo Sánchez, Dra. Isabel Sánchez, Lic. Carolina Ramírez, Dra. Pasionaria Ramos y el Dr. Enrique Vázquez.

Al personal de apoyo, secretarial y administrativo de la Representación OPS/OMS en Paraguay.

Y por supuesto, a todas aquellas personas, Instituciones y Organizaciones que de una u otra manera han colaborado para llevar adelante este proceso de construcción de la Estrategia de Cooperación al País de la OPS/OMS en Paraguay.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

Aecid	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Ampes	Sistema de Planificación y Evaluación para la Región de las Américas
APS	Atención Primaria en Salud
CCS	Estrategia de Cooperación de País
CT	Cooperación técnica
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos / STP
DGERHS	Dirección General Estratégica de Recursos Humanos en Salud / MSPBS
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales / MSPBS
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud / MSPBS
Diben	Dirección de Beneficencia y Ayuda Social
Digies	Dirección General de Información Estratégica en Salud / MSPBS
Digesa	Dirección General de Salud Ambiental / MSPBS
ENDSSR	Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva
FM	Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
Focem	Fondo de Convergencia Estructural del Mercosur
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
INS	Instituto Nacional de la Salud / MSPBS
IPS	Instituto de Previsión Social
ITS	Infecciones de transmisión sexual
Mercosur	Mercado Común del Sur
MRE	Ministerio de Relaciones Exteriores
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPM	Plan Estratégico a Plazo Medio
PIB	Producto Interno Bruto
Planal	Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PWR	Representación de la OPS/OMS en el país
SAS	Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República
SEAM	Secretaría del Ambiente de la Presidencia de la República
Senasa	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
Senave	Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas
SFP	Secretaría de la Función Pública de la Presidencia de la República
Sinais	Sistema Nacional de Información en Salud
SMPR	Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República
SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
STP	Secretaría Técnica de Planificación
TCC	Cooperación técnica entre países
UE	Unión Europea
UN	Naciones Unidas
UNA	Universidad Nacional de Asunción
Unasur	Unión de Naciones Suramericanas
Undaf	Marco de Cooperación de las Naciones Unidas con el País
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

SUMARIO

Discursos en ocasión de la firma de la Estrategia de Cooperación Técnica
2010 - 2013 de la OPS-OMS con la República del paraguay 7

Sección 1. Introducción 10

Sección 2. Desafíos del desarrollo y la salud en el país 14

2.1. Desafíos y oportunidades 16
2.1.1. Desafíos
2.1.2. Oportunidades
2.1.3. Agenda inconclusa y nuevos desafíos
2.2. Contexto 18
2.2.1. Análisis socio demográfico
2.2.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
2.3. Estado de salud de la población 20
2.3.1. Mortalidad
2.3.2. Morbilidad y factores de riesgo
2.4. Determinantes de salud 24
2.4.1. Determinantes políticos
2.4.2. Determinantes económicos
2.4.3. Determinantes sociales
2.5. El sistema nacional y los servicios de salud 29
2.5.1. Rectoría, lineamientos y prioridades de salud
2.5.2. Financiación y aseguramiento
2.5.3. Provisión de servicios
2.5.4. Recursos humanos
2.5.5 Medicamentos y otros productos sanitarios
2.5.6. Investigación
2.5.7. Sistema de información
2.5.8. Participación comunitaria

Sección 3. Cooperación al desarrollo y alianzas estratégicas 36

3.1. Desafíos y oportunidades 38
3.2. Cooperación al desarrollo 39
3.2.1. Modalidades de cooperación
3.2.2. Áreas prioritarias
3.2.3. La cooperación del Sistema de las Naciones Unidas con el Paraguay
3.2.4. La cooperación en el sector de la salud

Sección 4. Actividades de cooperación de la OPS/OMS 42

4.1. El marco político de la OPS/OMS 44
4.1.1. Directrices mundiales y regionales
4.1.2. El rol de la OPS/OMS
4.1.3. Coherencia entre la demanda de cooperación y la oferta
4.2. El Plan Estratégico 2008/2012 46
4.3. La oficina de la OPS/OMS en Paraguay 47
4.3.1. Breve reseña histórica
4.3.2. Recursos financieros
4.3.3. Recursos humanos
4.3.4. Recursos físicos
4.3.5. Movilización de recursos
4.3.6. Organización y funcionamiento

Sección 5. Agenda estratégica 50

5.1. Objetivo general 52
5.2. Principios orientadores 52
5.3. Misión 52
5.4. Ejes transversales 52
5.5. Prioridades estratégicas 56

Sección 6. Implementación de la agenda estratégica 70

6.1. Implicaciones para la Representación en Paraguay 72
6.2. Implicaciones para la OPS 83
6.3. Implicaciones para la OMS 85

CUADROS

Cuadro 1. Fases de desarrollo de la CCS Paraguay 13
Cuadro 2. Organización política y territorial del Paraguay 17
Cuadro 3. Estructura poblacional de Paraguay por sexo y edad (2007) 18
Cuadro 4. Objetivos de Desarrollo del Milenio en Paraguay 19
Cuadro 5. Mortalidad general en el Paraguay (2001/2005) 20
Cuadro 6. Mortalidad general por causas en el Paraguay (2008) 20
Cuadro 7. Mortalidad infantil en América Latina y el Caribe (1995/2005) 21
Cuadro 8. Muertes maternas por cien mil nacidos vivos en América Latina y el Caribe (1995/2005) 21
Cuadro 9. Sub registro de defunciones en Paraguay (2001/2005) 21
Cuadro 10. Cobertura de vacunación con Penta3 en niños y niñas menores de 1 año en Paraguay (2004/2008) 23
Cuadro 11. Pobreza en Paraguay (1997/2008) 24
Cuadro 12. Indicadores de la inversión en salud – Paraguay (1995/2007) 25
Cuadro 13. Escolaridad y cobertura de la educación por grupos de población 26
Cuadro 14. Cobertura de agua potable 27
Cuadro 15. Diferencia entre personas ricas y pobres en abastecimiento de agua y acceso a saneamiento 27
Cuadro 16. Necesidad actual de vivienda en Paraguay (2009) 28
Cuadro 17. Incremento de la demanda de servicios de salud (primer semestre 2007, 2008 y 2009) 30
Cuadro 18. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en Paraguay (2005/2008) 30
Cuadro 19. Porcentaje de gasto en personal de salud en Paraguay (2005/2008) 31
Cuadro 20. Modalidades de compra del MSPBS (2008/2009) 31
Cuadro 21. Tipos de establecimientos de salud y su localización (2007) 32
Cuadro 22. Establecimientos del MSPBS por tipo (2009) 32
Cuadro 23. Cooperación bilateral recibida por agencia y área temática (2003/2008) 40
Cuadro 24. Objetivos del Plan Estratégico Económico y Social 2008/2013 40
Cuadro 25. Cooperación bilateral por agencias y objetivos del plan 40
Cuadro 26. Aportes de la cooperación internacional en salud (2009) 41
Cuadro 27. Visión, misión y valores de la OPS 45
Cuadro 28. Funciones de la OMS 46
Cuadro 29. Presupuesto estimado del Plan Estratégico de OPS/OMS en Paraguay 47
Cuadro 30. Estado de recursos financieros de OPS/OMS en Paraguay por bienio 47
Cuadro 31. Personal de la oficina de la OPS/OMS en Paraguay 48
Cuadro 32. Presupuesto de la OPS/OMS en Paraguay 49
Cuadro 33. Instrumentos internacionales de protección de derechos humanos 53
Cuadro 34. Unidades de la PWR Paraguay por proyectos y prioridades CCS 81

FIRMA DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACION TECNICA 2010-2013
DE LA OPS/OMS CON LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY
Asunción, 14 de Diciembre de 2009

DISCURSO DEL MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES
HÉCTOR LACOGNATA

Me honra estar aquí hoy y tener la oportunidad de hablar sobre el tema de la salud, en particular desde una perspectiva de compromiso de gobierno a la atención a un área tan significativa y fundamental en este nuevo tiempo.

La salud es una condición obviamente indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y el desarrollo de los sistemas de salud.

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo complejo, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la presentación de bienes y servicios, requiere una puesta en práctica sistemática de las políticas públicas y de su formulación.

En este contexto, la suscripción del documento "Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la República del Paraguay 2010-2013" constituye la acción más clara de una transformación que tiene como objetivo hacer más pertinente y eficiente la cooperación técnica a fin de abordar con éxito los desafíos en cuanto a participación social, protección social, derecho a la salud, acceso a los servicios, calidad de la atención -sólo por mencionar algunos aspectos- y también introducir sinergias positivas en la reforma del sistema de salud.

Así pues, la cooperación de la OPS y el trabajo conjunto llevado adelante con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de nuestro país han hecho posible que hoy, por primera vez desde que la OMS empezó a formular estrategias de cooperación con los países en 1999, la República del Paraguay pueda contar con una Estrategia de Cooperación País, un logro trascendental y que estoy seguro, contribuirá a lograr los objetivos que se han establecido desde el gobierno, en su política sobre la base de la inclusión social, la igualdad de condiciones para todos los paraguayos y todas las paraguayas, el abordaje de género, derechos humanos y etnias, enfoques estos que son compartidos por la OPS.

Permítanme expresar mi reconocimiento a la OPS/OMS por proporcionar con este instrumento una dinámica plataforma de múltiples intereses directos para reflexionar acerca de los complejos problemas de acceso mundial a la salud y direccionar sus esfuerzos a la situación de la República del Paraguay. Solo mediante la participación de la sociedad toda empezaremos a tener verdaderas repercusiones sobre los problemas de la salud en la actualidad. Deseo asimismo, destacar especialmente el compromiso de la ministra Esperanza Martínez por vincular la política con la práctica, al conceder una misma posibilidad de escuchar a todos los actores en este campo.

Finalmente, deseo reflexionar con todos ustedes, pues hay pocos cometidos tan nobles como poder contribuir al logro del derecho inalienable de todas las personas a la salud y el bienestar, a vivir la vida en todo su potencial. Sigamos trabajando juntos para proporcionarnos una oportunidad única de contribuir a establecer una sociedad más justa, una sociedad guiada por los valores fundamentales al grado más alto posible de salud, consolidado mediante la equidad y la solidaridad.

Muchas gracias.

DECLARACIONES DE LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ

Quiero decirles unas palabras para enmarcar desde los puntos de vista político y normativo el significado de la firma de esta estrategia que se acuerda entre Paraguay y la Organización Panamericana de la Salud.

Quisiera destacar varios aspectos:

En primer lugar, agradecer a la cooperación de la OPS, no solo por este acuerdo, sino por décadas de ayuda y cooperación con el gobierno del Paraguay, en el ámbito de la salud y del enfoque social de las enfermedades, porque no solo ha trabajado con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, sino también con otros ministerios y otras instancias del ámbito de la salud, participando de nuestro enfoque de que la salud y la calidad de vida de la gente depende no solo de unos servicios de salud organizados, con objetivos y cumplimiento, sino de los determinantes de la salud.

En segundo lugar, quisiera destacar la oportunidad que nos ha brindado la OPS de trabajar conjuntamente este instrumento que llamamos Estrategia de Cooperación.

Como señalaba Socorro Gros, este es un instrumento de participación de dos a tres meses de trabajo con las instancias nacionales, para llegar a un acuerdo que pretende sobre todo, dar una identidad bien clara a la política de salud, acorde a los intereses del país y del MSPBS, dejando a un lado aquellas políticas de acuerdos con los intereses exclusivos, a veces, de la propia cooperación internacional.

Hoy, Paraguay ha establecido claramente su propia política de salud, una política que tiene una filosofía nueva, que establece nuevos paradigmas, que reorganiza el sistema de salud desde nuevos enfoques, desde nuevas innovaciones, y ese marco que está firmemente expresado en este documento, no solamente va a ser un instrumento de relacionamiento con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, sino que va a ser también un instrumento marco de relacionamiento con todas las cooperaciones internacionales, para que dentro de nuestro "Plan País" cada una de ellas pueda identificar sus oportunidades de ayuda y cooperación técnica, y podamos realmente tomar las riendas de la conducción de la política sanitaria del país.

El tercer elemento importante a destacar hoy es la oportunidad de la elaboración de este instrumento en el inicio del proceso de cambios en el Paraguay. Un proceso que ha sido esperado por décadas por la ciudadanía paraguaya, que hoy tiene dificultades, avances y retrocesos, pero que no se detiene. Podemos ir más despacio o más deprisa, podemos avanzar corriendo o caminando, pero vamos avanzando y el cambio no se detiene.

En ese sentido, este instrumento que toca a este gobierno en particular en los inicios de su trabajo, va a ser una hoja de ruta muy clara, para avanzar de manera organizada, técnica y científica, como es nuestra responsabilidad como institución rectora de la salud pública en nuestro país.

Un agradecimiento muy especial, a todo el equipo humano de la OPS con quien indudablemente me une un afecto no solo institucional sino personal, y decirles hoy, no solo a la Dra. Socorro Gross, y a través de ella a la directora, Dra. Mirta Roses, que Paraguay encara este desafío con mucha responsabilidad, y que estamos seguros que no vamos a defraudar la confianza depositada en nosotros.

Creo que el camino que queda por delante, es el trabajo armonioso como lo venimos realizando y sobre todo un futuro de esperanza para la sociedad paraguaya, donde prime la calidad de vida de la gente, objetivo que no va ser cedido en ningún momento.

Los paraguayos y las paraguayas merecen vivir más y mejor, y en ese compromiso vamos a encontrarnos todos y todas quienes queremos colaborar con este propósito. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social toma el desafío de la rectoría, para que esto abarque a todo el Sistema Nacional de Salud, (al sector, publico, al privado, a la seguridad social), para lograr nuestros objetivos sanitarios, y mejorar esos indicadores de salud que durante tantas décadas nos han colocado en los últimos lugares entre los países de Latinoamérica.

Nosotros vamos a cambiar el rostro del país, vamos a cambiar el rostro de la salud pública; este es nuestro compromiso.

DISCURSO DE LA SUBDIRECTORA DE OPS/OMS
DRA. SOCORRO GROSS GALIANO

Mba'eichapa pende ko'e? Che rory aime haguere penendive!

Es un honor estar aquí en la capital cultural de América, en uno de los once países que fundaron en 1902 la que es hoy, y represento, la Organización Panamericana de la Salud.

En representación de la Dra. Mirta Roses, Directora de la OPS, y del Dr. Rubén Figueroa, Representante de la OPS en Paraguay, es para mi un alto honor firmar hoy la primera estrategia de cooperación que se ha realizado en Paraguay.

Hoy firmamos un compromiso para dirigir nuestra cooperación para avanzar las prioridades de cooperación de Paraguay. El mismo año en que la ministra de Salud, Dra. Esperanza Martínez, fue elegida Presidenta del Consejo Directivo, cargo que ha desempeñado con gran excelencia.

La Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS (CCS, por su sigla en inglés), es una metodología estándar de la OMS para todos los países que, estando basada en las políticas nacionales de salud y sus prioridades, sirve de base para establecer planes, confeccionar presupuestos y movilizar recursos, contribuyendo con ello a optimizar la Política Nacional de Salud.

La Política Nacional de Salud del Programa del Gobierno actual (2009/2013), se sustenta en valores tales como la universalidad, la integralidad, la equidad y la participación social, enmarcando a la salud como un derecho humano a la calidad de vida. En este contexto, la CCS articula una serie de consultas y un diálogo estratégico permanente, tanto a nivel de país como con la OPS/OMS, intentando armonizar la cooperación técnica con las necesidades y desafíos del gobierno.

La CCS tiene por objetivo identificar y debatir sobre los principales retos de la política de salud en el Paraguay, con el fin de que estos se constituyan en insumos críticos para proponer las acciones públicas que mejoren la calidad de vida y de salud de la población. Se inscribe en el contexto de análisis de la Política Nacional de Salud y la CT de la OPS/OMS, pero con una perspectiva independiente, pluralista, interdisciplinaria, con paridad de género, crítica y constructiva.

Esta estrategia contempla, en el Marco Común de Cooperación de las Naciones Unidas en el Paraguay (Undaf 2007/2011, por su sigla en inglés) y tiene un claro enfoque de país, aunque con una mirada de carácter regional y mundial para que las políticas de desarrollo social y de salud del Paraguay estén alineadas a las tendencias de la región de las Américas y del mundo, cumpliendo así con los compromisos internacionales en un contexto de colaboración mutua.

Cabe destacar que estamos elaborando y firmando por primera vez un CCS con el Gobierno del Paraguay y también es destacable el hecho de la coincidencia del periodo de gobierno del presidente Fernando Lugo con la vigencia del documento que nos reúne aquí.

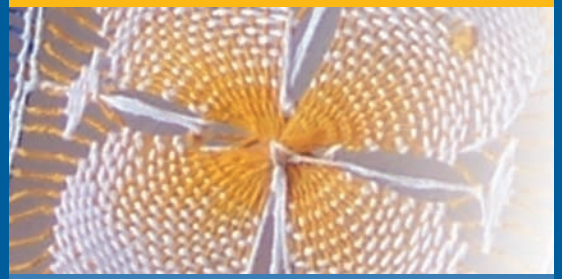
Dado el carácter intersectorial de la cooperación técnica de la OPS/OMS, por parte del Gobierno del Paraguay ha asumido la representatividad el Ministerio de Relaciones Exteriores, decisión compartida plenamente por la ministra de Salud, Dra. Esperanza Martínez, quien conduce la rectoría del sector salud en el Paraguay.

La estrategia acordada en la CCS es producto de una amplia consulta que, desde agosto de 2009 involucró a otros tres ministerios (Agricultura y Ganadería; Educación y Cultura; y Relaciones Exteriores), tres secretarías presidenciales con rango de ministerios (Niñez y Adolescencia; Mujer; y Función Pública); instituciones académicas, colegios profesionales, ONG, comunidades indígenas y otras organizaciones de la sociedad civil.

La OPS/OMS se siente muy complacida por haber llegado a esta instancia de excelencia en la planificación de salud y de nuestra cooperación técnica. Agradecemos especialmente el protagonismo y liderazgo de la Dra. Esperanza Martínez y su equipo en este proceso que sustrae la estrategia acordada del estricto ámbito de nuestra organización para elevarlo al conjunto de este gran país, que es y será el Paraguay.

Muchas gracias.

INTRODUCCIÓN



sección

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cooperación de país (ECP o CCS, por su sigla en inglés) es un proceso destinado a adecuar la cooperación técnica (CT) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los requerimientos de los países. El CCS se desarrolla y construye conjuntamente por las partes nacionales y la OPS/OMS.

Su realización está enmarcada en la programación de la CT de la OPS/OMS, y la decisión de llevarla a cabo en este momento fue tomada en agosto de 2009, por mutuo acuerdo entre la autoridad sanitaria nacional, representada por la ministra de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, Esperanza Martínez, y la representación de OPS/OMS en el país, Rubén Figueroa.

Los objetivos principales de este proceso son identificar las características de la demanda de la CT de Paraguay para los próximos años y ajustar su ejecución por parte de la OPS/OMS. Asimismo, debe reflejar una perspectiva a mediano plazo sobre las modalidades y enfoques que nuestra CT debe tener con el Paraguay. Con el CCS se pretende definir la forma de trabajo de la OPS en el país para los próximos cuatro años. Para ello, utilizaremos la información disponible sobre salud y desarrollo del Paraguay que nos permita construir, sobre los escenarios futuros, expectativas de mejoras y cambios positivos. El CCS va, por lo tanto, más allá de un análisis de situación de salud y desarrollo, determinando desafíos, prioridades y compromisos.

Se considera que este proceso de CCS es una excelente oportunidad en el momento actual en que la nueva administración ha iniciado un proceso de reformas, cuyos cambios estructurales están aún por concretar, y que deberán ser desarrollados en el periodo 2010/2013.

Para la confección de este CCS se ha constituido un Grupo de Análisis y Elaboración, integrado por miembros del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (MSPBS), de las oficinas centrales de la OMS, con sede en Ginebra, y de la OPS, con sede en Washington, así como de la oficina de la OPS en Paraguay. Además, participa activamente en el proceso el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS). El proceso se ha desarrollado en tres fases, a partir de un calendario previamente establecido.

En una primera fase de preparación se realizó una consulta con autoridades nacionales, se conformó la misión encargada de la realización y del Grupo de análisis y elaboración, se consultaron los documentos de soporte y se realizó un foro de consulta con expertos, ampliado mediante entrevistas semiestructuradas y reuniones en un amplio panel de representantes de la sociedad civil, de las instituciones privadas y gubernamentales y de los organismos de cooperación.

CUADRO N° 1

FASES DEL DESARROLLO DE LA CCS PARAGUAY

FASE I	
Preparación	
Primera Misión de Análisis del CCS	24 agosto - 18 septiembre 2009 21 - 25 septiembre 2009
FASE II	
Elaboración	
Segunda Misión de negociación del CCS	28 septiembre - 06 noviembre 2009 09 - 11 noviembre 2009
Ajustes y aprobación del CCS	13 noviembre 2009
FASE III	
Reorientación y alineamiento de la CT de la PWR-Paraguay	13 noviembre - 15 diciembre 2009
Formalización política	15 diciembre 2009
Alineamiento del modelo de gestión y de los Recursos Humanos en la PWR-PAR	enero - marzo 2010

Se ha contado así con aportes suficientes para enriquecer el análisis, entre los cuales cabe destacar a los ministerios de Educación y Cultura (MEC) y de Obras Publicas y Comunicaciones (MOPC), a las secretarias de la Mujer (SMPR), de la Niñez y Adolescencia (SNNA), del Ambiente (SEAM), de la Función Pública (SFP) y de Acción Social (SAS), al Instituto Paraguayo del Indígena (INDI), así como universidades, sociedades científicas, asociaciones gremiales, institutos de investigación, asociaciones de pueblos y comunidades indígenas, agencias y programas conjuntos de las Naciones Unidas y otras agencias de cooperación multilateral y bilateral.

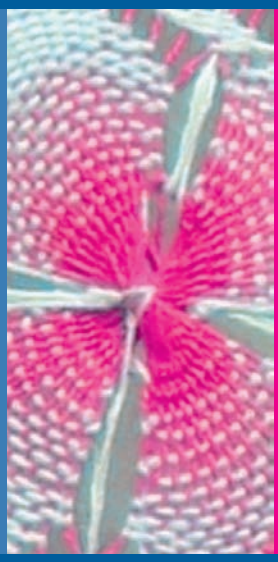
Se ha invitado a participar en el debate a las organizaciones no gubernamentales (ONG) más representativas en el sector de la salud y con presencia en intervenciones relacionadas a la protección social y la defensa de los derechos humanos.

Se han realizado consultas a las comisiones de Salud Pública de la Cámara de Diputados y de Salud Pública, Seguridad Social, Prevención y Lucha contra el Narcotráfico de la Cámara de Senadores y han participado en los debates miembros de ambas cámaras relacionados con el sector salud.

En la segunda fase, con el apoyo de la misión encargada de la elaboración del CCS, se realizó una sesión de información y análisis de los resultados de las entrevistas, completándose en el equipo de análisis y elaboración la redacción de la agenda estratégica, con sus líneas prioritarias para el periodo 2010/2013.

DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS

sección 2



DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS

2.1. DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

2.1.1. Desafíos

La situación actual y la problemática existente, generadora de múltiples necesidades plantean una serie de desafíos que debemos considerar como focos de atención y objetos de tratamiento de la cooperación técnica. De cara a su sistematización se han agrupado de la siguiente manera:

Desafío 1: Elaborar y desarrollar planes locales, regionales y nacionales, basados en el análisis de política, la planificación estratégica y la creación de mecanismos efectivos de participación social.

Desafío 2: Desarrollar un nuevo marco jurídico que permita regular la financiación y extender la cobertura de las prestaciones en el marco de la protección social y los derechos de los usuarios y las usuarias, que cree los mecanismos para asegurar el cumplimiento de la reglamentación

Desafío 3: Desarrollar abordajes que garanticen el derecho a la salud, desde la perspectiva de los determinantes sociales y de calidad de vida, promoviendo acciones intersectoriales desde los territorios sociales e instancias gubernamentales de articulación de la política social, para afrontar las inequidades. Transversalizar los enfoques de derecho a la salud, igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social en las políticas, planes estratégicos, programas, proyectos y servicios de salud.

Desafío 4: Superar las barreras de acceso a los servicios de salud y a los productos médicos y tecnologías sanitarias y disminuir las inequidades profundas existentes en este terreno, sean de carácter geográfico, cultural o social, con un énfasis en las relacionadas con el género y la etnicidad.

Desafío 5: Mejorar la calidad de la atención, a través del aumento de la capacidad de resolución de las redes de atención, de la mejora en el rendimiento de los hospitales, de una mejor organización de las urgencias y de una más efectiva coordinación entre niveles asistenciales y redes de atención.

Desafío 6: Organizar los servicios públicos de forma eficiente, en red, con carácter de integración y con un modelo único de gestión y atención, aplicado mediante un proceso de descentralización a las regiones sanitarias.

Desafío 7: Mejorar las capacidades de preparación, respuesta y recuperación frente a las situaciones de emergencias y desastres, tanto para la gestión de riesgos y la reducción de la vulnerabilidad como para la coordinación entre actores.

Desafío 8: Prevenir y controlar los riesgos ambientales y ocupacionales, mediante la elaboración e implementación de planes medioambientales, su consideración en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y el fortalecimiento de la promoción de la salud.

Desafío 9: Trazar e implementar una política de seguridad alimentaria, que aborde las necesidades nutricionales a lo largo del ciclo de vida, adopte mecanismos de prevención para los grupos más vulnerables y de reducción de factores de riesgo y promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables y que cree instrumentos para el control de los alimentos.

Desafío 10: Impulsar una reforma del mercado de trabajo de los recursos humanos de la salud, que permita garantizar la disponibilidad de personal de salud suficiente, con formación adecuada a los procesos de reforma y a los principios de la APS, en condiciones de trabajo dignas y con la motivación necesaria para un ejercicio productivo del trabajo.

Desafío 11: Producir datos fiables que generen información, permitan aumentar la capacidad analítica y faciliten la toma

de decisiones, mediante la introducción de sistemas de información integrados entre sí y de bajo coste y de programas de investigación sobre cuestiones de interés nacional.

Desafío 12: Incorporar la gestión del conocimiento y estrategias basadas en las tecnologías de la información a los procesos de aprendizaje y de análisis y difusión de la información.

Desafío 13: Mantener y mejorar las capacidades de detección y control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, de enfermedades desatendidas y de enfermedades zoonóticas y otras enfermedades transmisibles de importancia en el país por su carácter epidémico o endémico.

Desafío 14: Crear mecanismos a través de la comunicación social y los servicios de salud para prevenir y disminuir la morbi mortalidad y la discapacidad ocasionada por enfermedades crónicas no transmisibles, por los trastornos mentales y los de la violencia y los traumatismos, particularmente los relacionados con la seguridad vial.

Desafío 15: Prestar una especial atención a la mejora de la salud a grupos vulnerables y en las etapas clave de la vida, facilitando la aplicación de recursos para la atención de la madre, los recién nacidos, los niños, niñas y adolescentes, las personas jóvenes y adultas mayores.

2.1.2. Oportunidades

En cuanto a la capacidad de abordar los desafíos con éxito, debemos contar con aquellos lineamientos, estrategias e instrumentos que confluyen para introducir sinergias positivas en las expectativas de reforma del sistema. En ese sentido y en este momento se cuenta con las siguientes:

- Voluntad de cambio claramente perceptible en el MSPBS.
- Vigencia del documento de Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.
- Periodos coincidentes entre del CCS y el período de gobierno (2010/2013), así como elaboración simultánea del CCS y del Plan Estratégico del MSPBS.
- Adopción en el MSPBS de estrategias promovidas por la OPS/OMS, tales como la APS renovada, aprobación y entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional.
- Planteamiento de la necesidad de un abordaje de cambios estructurales en el sector salud, tales como el aumento del aseguramiento, la integración de redes públicas, la modificación de los instrumentos de financiación o la modificación del régimen laboral de los empleados y las empleadas.

2.1.3. Agenda inconclusa y nuevos desafíos

Una de las problemáticas que se arrastran desde hace años, sin que se haya incidido de forma frontal y decidida sobre ella es la situación del Chaco Paraguayo. Esta región se caracteriza por la gran extensión de terreno y las grandes distancias, la baja presión demográfica, el déficit de infraestructuras y peculiaridades culturales, con una población proporcionalmente elevada de comunidades indígenas de muy diversas etnias y con una población también proporcionalmente importante, aunque territorialmente concentrada, de práctica religiosa menonita.

Otro lugar con características especiales y con problemas peculiares es la Triple Frontera, área entre Argentina, Brasil y Paraguay, constituida por las áreas metropolitanas de las ciudades de Puerto Iguazú (provincia argentina de Misiones), Foz de Iguaçu (estado brasileño de Paraná) y Ciudad del Este (departamento paraguayo del Alto Paraná). Este es un enclave con elevado flujo de personas entre los países, mercado informal importante y con alto impacto en la demanda de atención de salud, en que se presentan asimetrías significativas de oferta entre las ciudades, aunque se requiere de un abordaje común y una visión integral de la organización de los servicios.

La Triple Frontera y sus mercados crean una mezcla de perfiles epidemiológicos, donde las interacciones aún están por caracterizarse, los subrregistros limitan sobremanera la precisión en los diagnósticos y la falta de control en la importación-exportación expone a los consumidores y las consumidoras a riesgos aún no suficientemente valorados.

CUADRO N° 2

ORGANIZACIÓN POLÍTICA TERRITORIAL DEL PARAGUAY

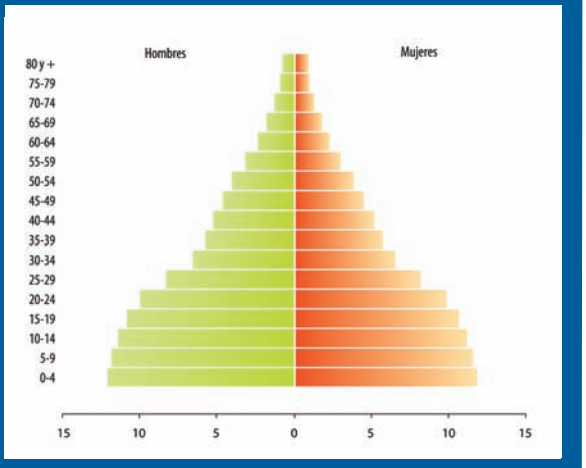
2.2. CONTEXTO

2.2.1. Análisis socio demográfico

La República del Paraguay es un país de 406.752 km^2, con una población de 6.119.642 habitantes (2007) que se encuentran distribuidos con un 58,3% en el área urbana y 41,7% en el área rural. Para el 2008, la población indígena alcanzó un total de 108.308 personas, que representan el 1,7% de la población total del país. La tasa de crecimiento poblacional anual es de 2,2%. La población muestra un claro predominio de los grupos de edades jóvenes constituyendo un 37,1% los menores de quince años, situación más acentuada en las áreas rurales que en las urbanas (41,3% frente a 33,9%). La franja quince y sesenta y cuatro años es del 58%, lo que determina una alta cifra de población económicamente activa.

CUADRO N° 3

ESTRUCTURA POBLACIONAL DE PARAGUAY POR SEXO Y EDAD. 2007



Fuente: DGEEC. Proyección de población por grupos de edad y sexo

Del censo de población indígena, el 31% se encuentran en el Chaco y 91,5% vive en zonas rurales. Existen veinte pueblos indígenas, agrupados en cinco familias lingüísticas: Guaraní, Maskoy, Matako, Guaicurú y Zamuco. La familia guaraní, con sus seis pueblos es la más numerosa. La tasa de crecimiento de los pueblos indígenas fue de 3,9%, mucho más que la tasa para la población total (2,2%). La estructura de la población indígena es más joven que la de la población total, por la fecundidad elevada. El 47,1% tiene menos de quince años de edad.

Paraguay está dividido en dos regiones naturales por el río Paraguay: la occidental o Chaco con tres departamentos, y la oriental organizada en catorce departamentos incluyendo la capital y las principales ciudades, vías de comunicación y redes de servicios básicos existentes en el país. El país tiene baja densidad poblacional, con una distribución muy desigual: 12,7 hab./km^2 a escala nacional (31,5 en la región Oriental y 0,5 en el Chaco). Su capital, Asunción, y el departamento Central concentran el 36,3% de la población en menos de 1% territorio nacional.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH)[1] ha mejorado cuantitativamente en los últimos años (de 0,740 en 2002 a 0,752 en 2005 y 0,761 en 2008), pero ha empeorado comparativamente entre países (de la posición 90 de 173 a la posición 101 de 182). El Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) ha mejorado sensiblemente en los últimos dos años, pasando de estar situado en una posición negativa respecto del IDH a una posición positiva, en el puesto n° 82.

La tasa global de fecundidad (TGF) ha ido descendiendo en los últimos años: según datos comparativos, el número de hijos por mujer en el período 1950-1955 fue de 6,5; según las diferentes Encuestas Nacionales de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR)[2] pasó de 4,6 en el período 1987-1990 a 2,5 entre 2005-2008, es decir, bajó el 46% en un período aproximado de veinte años. La TGF se redujo en el mismo período un 39% en el área urbana y un 50% en la rural. El número promedio de hijos de mujeres indígenas es 6,3, muy superior al promedio nacional.

El uso de los métodos anticonceptivos ha aumentado considerablemente en los últimos años: en 1987 el 37,6% de las mujeres de quince a cuarenta y cuatro años de edad, casadas o unidas, utilizaban algún tipo de método y en 2008 este porcentaje ascendió a 79,4%, lo que supone un aumento medio de dos puntos porcentuales por año. Si bien hay diferencias en el uso de anticonceptivos entre las distintas áreas del país, estas se han ido acortando respecto a lo observado en anteriores encuestas. Así tenemos que la utilización de anticonceptivos es prácticamente igual en las áreas rurales que en las urbanas (79,3% y 79,5% respectivamente).

1 Informe sobre Desarrollo Humano 2008. PNUD
2 Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Centro Paraguayo de Estudios de Población (Cepep).

En Paraguay, las adolescentes y adultas jóvenes continúan iniciando su etapa reproductiva a temprana edad, antes de los veinticinco años. El 27,2% de ellas reportó haber tenido un embarazo o más (22,7% con residencia urbana y 33,1%, rural).

De las mujeres en edad fértil que declararon haber tenido experiencia sexual, el 71,3% se realizó alguna vez una prueba de Papanicolau (PAP), siendo 73,9% de las mujeres con residencia urbana y 66,6%, rural.

En 2008, se puso en marcha el tercer Plan nacional de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (PNIO), con vigencia hasta 2017. Su objetivo es introducir la dimensión de la igualdad de oportunidades en todas las políticas y acciones del sector público, con tres ejes de actuación: prevención, inclusión y protección.

En el Paraguay la agricultura y la ganadería generan alrededor del 24% del producto interno bruto (PIB), un tercio de la población ocupada realiza actividades primarias. La importancia relativa del sector agrícola aumenta, si se considera que casi el 80% de las exportaciones se reduce a cinco rubros primarios: fibra de algodón, soja, aceites vegetales, carne y madera. En 2005, el sector agrícola tuvo una participación del 17,2% en la generación del PIB, en donde el sector sojero aporta entre el 8% y 10%. La expansión de la frontera de la soja en los últimos años ha sido tan importante que ha llegado a ocupar entre dos millones y dos millones y medio de hectáreas.

2.2.2. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Se han realizado tres informes de seguimiento de los ODM en Paraguay (2003, 2005 y 2008, todavía en borrador), fundamentados en las estadísticas disponibles, principalmente de las encuestas de hogares. Varias de las metas de progreso insuficiente han sido consideradas con especial interés por el gobierno de Paraguay. Por esta razón, el mismo ha fijado metas intermedias, para 2008 y 2011, como testimonio de su compromiso.

En los informes, se constata la dificultad de disponer de datos oficiales y actualizados para realizar el análisis del proceso de cumplimiento de los ODM. Del total de 60 indicadores oficiales, sólo 26 contaban con datos actualizados hasta el 2007.

En el Cuadro 4 se muestran los resultados del avance en el cumplimiento de las Metas y Objetivos del Milenio en 2008.

- *se alcanzó la meta o está muy cerca de ser alcanzada;*
- *progreso suficiente si se mantiene la tendencia;*
- *progreso insuficiente si se mantiene la tendencia;*
- *no se observa progreso ni deterioro;*
- *datos insuficientes o falta de datos.*

CUADRO N° 4

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN PARAGUAY

	Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Proceso de cumplimiento de la meta
◆	**Meta 1 A:** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de extrema pobreza	Progreso insuficiente
◆	**Meta 1 B:** Lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos incluyendo mujeres y jóvenes	No se observa progreso ni deterioro
◆	**Meta 1 C:** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre	Progreso insuficiente
	Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
◆	**Meta 2 A:** Asegurar que, para el año 2015 los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	No se observa progreso ni deterioro
	Objetivo 3: Promover la igualdad de genero y el empoderamiento de la mujer	
◆	**Meta 3 A:** Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el 2015	Progreso suficiente
	Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad	
◆	**Meta 4 A:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad	Progreso suficiente
	Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
◆	**Meta 5 A:** Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. en tres cuartas partes	Progreso insuficiente
	Objetivo 6: Combatir el VIH y sida, el paludismo y otras enfermedades	
◆	**Meta 6 A:** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y sida	Datos insuficientes para estimar progreso
◆	**Meta 6 B:** Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y sida de todas las personas que lo necesiten.	Progreso insuficiente
◆	**Meta 6 C:** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	Se alcanzó o está muy cerca de ser alcanzada
	Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	
◆	**Meta 7 A:** Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la perdida de recursos del medio ambiente	Datos insuficientes para estimar progreso
◆	**Meta 7 B:** Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.	Datos insuficientes para estimar progreso

Fuente: Informe Paraguay 2008 sobre los ODM. Versión preliminar

2.3. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

2.3.1. Mortalidad

La tasa de mortalidad general promedio ha descendido en los últimos quince años de 6,01 en el quinquenio 1990/1994 a 3,7 en 2005. (Cuadro 5).

Las principales causas de muerte en 2005, fueron en orden descendente: las enfermedades del sistema circulatorio (24,3%), tumores (14,1%), diabetes mellitus (6,8%), enfermedades del sistema respiratorio (6,0%), accidentes todas las formas (5,8%), enfermedades perinatales (4,6%), y un 16,8% de no clasificados.

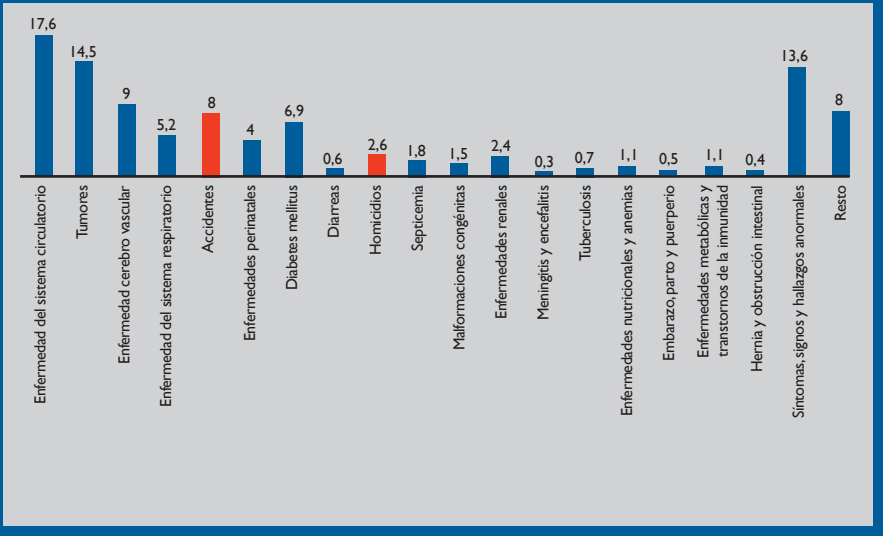
CUADRO N° 5

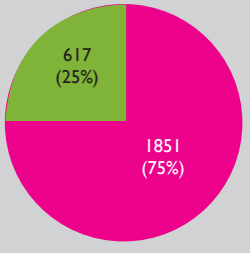
MORTALIDAD GENERAL EN PARAGUAY 2001 - 2005

Fuente: Departamento de Bioestadística del MSPBS

CUADRO N° 6

MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS EN PARAGUAY (2008)





El 10.6 % de la mortalidad por causas externas en el Paraguay son debidas a Accidentes (75%) y homicidios (25%)

Fuente: MSPBS

Los accidentes de tránsito son una preocupación creciente en el Paraguay y han contribuido a elevar la tasa de muertes violentas hasta el 10,6 en 2008 (Cuadro 6), siendo destacable además que el incremento principal se debe a los usuarios y las usuarias de motocicletas.

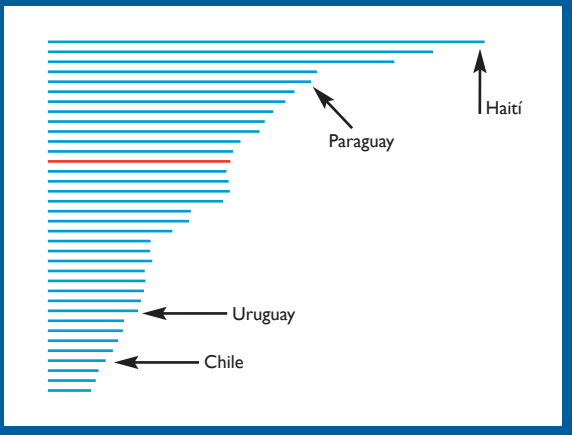
Las principales causas de mortalidad en adolescentes (23 % de la población) son las violentas, seguidas de los tumores malignos, el embarazo y parto y la neumonía e influenza.

En Paraguay, de cada mil nacidos vivos, 19 mueren antes de cumplir su primer año de vida. El 80% de las muertes registradas de niños y niñas menores de cinco años de edad se produce en el primer año de vida y, dentro de este grupo, el 60% se produce en los primeros treinta días de vida (neonatal).

En 2007, la tasa de mortalidad infantil (TMI) osciló de 7,7 en Alto Paraguay a 28,5 en Boquerón, mientras que en Asunción y Central fue de 15,4 y 13,3 respectivamente. Estas TMI reflejan un importante sub registro. Las estimaciones de la TMI sitúan a Paraguay en los lugares más relegados de América Latina y Caribe, ya que sólo Guatemala, Guyana, Bolivia y Haití presentan tasas superiores (Cuadro 7).

CUADRO N° 7

MORTALIDAD INFANTIL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (1995 / 2005)



Fuente: OPS. Iniciativa regional de datos básicos de salud

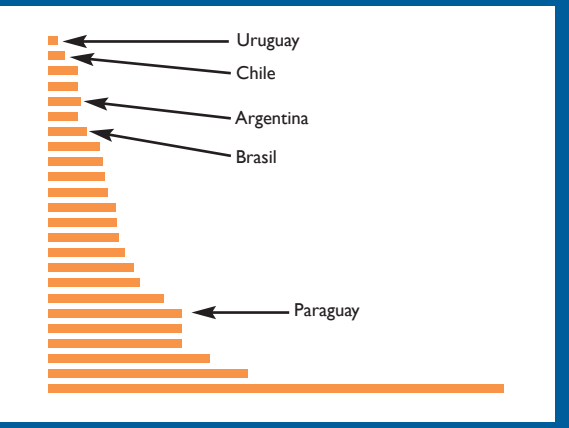
La razón de mortalidad materna (RMM) en 2007 fue de 127,26 por cien mil nacidos vivos, siendo las primeras causas las hemorragias, la eclampsia y los abortos. La RMM registrada es similar a la obtenida en el reciente estudio[3] realizado con el método RAMOS prospectivo modificado. Hay diferencias en las RMM al estratificar los departamentos por algunas variables socioeconómicas, por ejemplo el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de infraestructura sanitaria. El quintil que agrupa a los departamentos con más alto índice de NBI presenta una RMM de 187,1 mientras que en el quintil de departamentos con índice de NBI más bajo comparativamente llega a 87,3. El índice relativo de desigualdad (IRD)[4] estimado con estas dos variables es de 2,5, es decir que el riesgo de muerte materna en el extremo con peor situación socioeconómica es dos veces y medio el riesgo del extremo con mejor situación.

3 Proyecto RAMOS prospectivo en el Paraguay. Octubre 2007 a Septiembre 2008. MSPBS / OPS, Julio 2009.

4 El IRD se interpreta como un riesgo relativo del extremo con peor situación socioeconómica en relación al mejor. En el cálculo se consideran todos los puntos entre los extremos ponderando por tamaño poblacional.

CUADRO N° 8

MUERTES MATERNAS POR CIEN MIL NACIDOS VIVOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (1995/2005)



Fuente: OPS. Iniciativa regional de datos básicos de salud

En el quinquenio 2001-2005 se constata un descenso del sub registro de las defunciones (Cuadro 9) de 42% a 33% (-12%). La certificación médica de defunción es obligatoria, pero los profesionales la realizan directamente en poco más de la mitad de los casos. Para el 2005, sólo el 58,9% de las muertes registradas tuvo asistencia médica.

CUADRO N° 9

SUB REGISTRO DE DEFUNCIONES EN PARAGUAY

Año	2001	2002	2003	2004	2005
Defunciones estimadas	31,559	31,993	32,427	32,861	33,295
Defunciones registradas	18,400	18,934	19,779	21,788	22,109
Porcentaje de subregistro	42	41	39	34	33

Fuente: USAID y OPS. Perfil de los sistemas de Salud - Paraguay.

2.3.2. Morbilidad y factores de riesgo

Paraguay sufre cíclicamente epidemias de dengue frente a las que tiene una buena estructura central de respuesta, pero muy deficiente en las regiones. Después de la epidemia del 2000, durante la cual se estimaron alrededor de 300.000 casos (1.213 confirmados), el monitoreo de infestación por el aedes aegypti demuestra que este vector está ampliamente distribuido por todo el país, y la densidad vectorial es suficiente para la transmisión efectiva en áreas urbanizadas. A partir de 2005, se ha incorporado la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la prevención y

control del dengue en Paraguay, fortaleciendo las acciones en zonas fronterizas, consideradas de mayor vulnerabilidad. La EGI cuenta con una versión actualizada al 2008 y con un plan de contingencia para las etapas epidémicas.

Después del brote de fiebre amarilla en 2008, aproximadamente el 70% de la población está vacunada, si bien persisten bolsas de población no vacunada en áreas de riesgo y la vigilancia de epizootias todavía es precaria.

Ha habido avances en vigilancia y control de Chagas, certificándose la interrupción de transmisión vectorial en la región Oriental, pero precisándose la intensificación de acciones en los tres departamentos del Chaco.

La leishmaniasis tegumentaria persiste en las zonas boscosas del país y en áreas rurales de reciente deforestación. La proporción de casos mucosos es la más alta de América (en torno al 24,5%). La forma visceral se ha instalado en zonas urbanas del país, especialmente en la capital y el departamento Central, con hiperendemia canina y con un aumento en el número de casos humanos desde 2005.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un serio problema, con una prevalencia de sífilis en el 3,9% de las embarazadas y una incidencia de 8,7 por cada mil nacidos vivos, estables en los últimos años. Las infecciones por VIH y sida afectan cada vez con mayor frecuencia a población joven y a mujeres en edad fértil.

El VIH y el sida y la tuberculosis constituyen un importante problema de salud pública en Paraguay: el primer caso reportado de sida en Paraguay fue en 1985. La tasa de incidencia anual de casos de sida fue de 6,69 por cien mil habitantes para fines de 2008. La estimación de prevalencia para el presente año es de 0,59% (0,2% a 1%).

Todas las regiones de Paraguay han reportado casos positivos de VIH y de sida. Sin embargo, la mayoría de estos casos están en el área de capital (Asunción), la región Central y las regiones de frontera con Argentina y Brasil (78,8%).

No hay una estrategia de prevención para el VIH y sida acorde a la realidad epidemiológica del país y dirigida a grupos de mayor vulnerabilidad, mientras que los medicamentos e insumos no tienen un sistema de gestión adecuado. Por otra parte, las personas que viven con VIH y sida sufren estigma y discriminación y su participación en la respuesta nacional es escasa, al igual que la de otros actores de la sociedad civil, en tanto se presentan problemas en el seguimiento y monitoreo de las embarazadas con con resultado positivo al VDRL (por su sigla en inglés) y al test rápido de VIH.

Durante el 2008, la cobertura estimada de tratamiento con antirretrovirales (ARV) fue de 65,25%. Paraguay tiene una epidemia concentrada en las poblaciones de mayor vulnerabilidad: trabajadoras sexuales femeninas (TSF), trabajadores sexuales masculinos (TSM), usuarios de drogas inyectables (UDI), y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El estudio de comportamiento y seroprevalencia más reciente para VIH en cinco regiones sanitarias (2007-2008), mostró una prevalencia de 1,8% en TSF y de 8,7% en HSH.

La pandemia en curso por influenza A está exigiendo un esfuerzo especial al país. En cuanto al MSPBS son las áreas de vigilancia de la salud, comunicación social y servicios de salud las afectadas por el problema que sin duda se mantendrá como prioridad en al menos los dos próximos años. A pesar del esfuerzo realizado antes del inicio de la pandemia y a la adecuada respuesta de las autoridades, este problema global de salud puso en evidencia muchas de las deficiencias estructurales del país. Este hecho debe tornarse en una oportunidad para fortalecer áreas claves del MSPBS como la vigilancia, el laboratorio de salud pública, los servicios asistenciales y de promoción de salud y la comunicación social.

Se ha iniciado la producción y distribución de vacuna pandémica, Paraguay ha sido seleccionado por la OMS para recibir una donación correspondiente al 10% de la población total, habiendo solicitado la adquisición adicional a través del Fondo Rotatorio. Las entregas serán parciales y hasta el momento no existe una certeza de la cantidad disponible para el país. De cualquier modo, las autoridades nacionales han hecho la priorización de grupos de riesgo de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (*Study on Global Ageing and Adult Health,* SAGE) y OPS (*Technical Advisory Group,* TAG), de la siguiente manera: a) personal de salud y otro personal esencial, b) embarazadas en el segundo y tercer mes de gestación, y enfermos crónicos, y c) población sana.

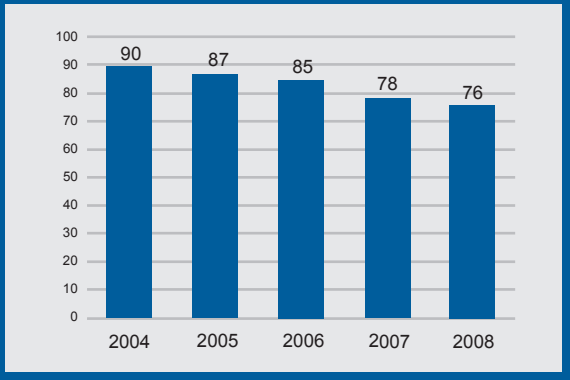
El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha logrado la introducción exitosa de vacunas: la vacuna contra la fiebre amarilla es parte de la vacunación infantil desde 2001; en 2002 se incluyen la vacuna triple vírica (SPR) y la vacuna Pentavalente en el programa regular, dos años más tarde se incorpora la segunda dosis de SPR como parte del esquema básico. En 2005, se inicia la vacunación contra la influenza estacional en grupos de riesgo, incrementando paulatinamente las coberturas, en especial en pacientes crónicos; en 2009 se incorpora la vacuna inyectada contra la poliomielitis (IPV), en grupos específicos de riesgo. En 2010 se agregará la vacunación universal contra rotavirus en menores de siete meses y la vacuna contra neumococo (Pneumo23) en grupos de alto riesgo.

No obstante, el acceso universal a la vacunación, particularmente de grupos vulnerables y la ampliación del servicio a todas las edades sigue siendo un reto para el PAI. La reducción de coberturas de vacunación para todos los biológicos (Cuadro 10), así como la incertidumbre respecto

a los denominadores de población en todos los niveles plantean la necesidad de realizar estudios exhaustivos respecto a las coberturas a escala municipal, con el propósito de facilitar la estratificación de riesgos y la focalización de actividades en áreas prioritarias.

CUADRO N° 10

COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON PENTA3 EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO EN PARAGUAY (2004 - 2008)



Fuente: Sistema de información del PAI 2008, MSPBS

Como parte de los compromisos internacionales se da seguimiento a las actividades para mantener la erradicación de la poliomielitis y consolidar la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubeola congénita (SRC) en Paraguay.

En cuanto a la tuberculosis, aunque mejoran indicadores como cobertura de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) y tratamiento abreviado estrictamente supervisado (TAES) en el conjunto del país, todavía hay regiones donde se mantienen bajas, precisamente en aquellas con alta carga de enfermedad, añadiéndose a esto que sólo recientemente, gracias a proyectos financiados por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM) las personas privadas de libertad y la población indígena pueden acceder a esta cobertura.

La problemática de las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) continúa en aumento, citándose entre las causas las malas prácticas de manipulación, conservación y contaminación de la materia prima. Sin embargo, no es posible dimensionar la magnitud total del problema por el sub registro de los datos. Aun sin precisar cifras, son crecientes los casos de intoxicaciones por consumo de alimentos con altas trazas de residuos o contaminados por insumos químicos. Se suma el problema de acceso a agua segura en diferentes áreas del país, especialmente en el Chaco donde se detectó un brote de cólera por *Vibrio cholerae* toxigénico que, sumado a períodos de sequía prolongada, obligó al país a declarar emergencia sanitaria.

El cambio climático propiciado por la intensa actividad de deforestación no controlada, incendios y otros eventos, presupone un cambio en el comportamiento de ciertas enfermedades como las producidas por Hantavirus, registrándose un brote en área de hiperendemia del Chaco en septiembre de 2008, observándose una extensión del área original y la aparición de casos en la región Oriental.

En el quinquenio 2000/2005 las enfermedades del sistema circulatorio se registraron mayoritariamente en grupos de edades superiores a los cincuenta años, pero es motivo de preocupación el incremento en grupos de adultos y adultas jóvenes.

Los datos existentes con respecto a las enfermedades crónicas, discapacidades y deficiencias visuales y auditivas, en especial de los factores de riesgo, son insuficientes, si bien está programada una encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en población general y en población indígena, para el primer semestre de 2010.

En cuanto a la morbimortalidad por hechos violentos, los accidentes de tránsito son los más frecuentes, les siguen los accidentes de trabajo y los ocurridos en el hogar.

Paraguay sufre un escenario complejo en el tema de control de tabaco, con una industria local fuerte y bien anclada en los niveles políticos y un problema de contrabando de gran magnitud. La prevalencia de consumo poblacional es del 15% (fumadores diarios).

Aun cuando en el 2000 se promulgó la Ley contra la violencia doméstica (1600/00), reconociendo a esta como un problema social, facilitando la denuncia por parte de las mujeres, no se avanzó en el marco institucional ni en la formación y cobertura de los recursos humanos para enfrentar la problemática.

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva por seis meses se ha acrecentado de un 23% en 2004 a un 25% en 2008. La insuficiencia ponderal es del 4,2% en la población general (menor de cinco años de edad) mientras que en niños y niñas indígenas menores del mismo rango de edad es del 9,8%. La desnutrición crónica (baja talla) afecta a 13,7% de todos los niños y niñas menores de cinco años de edad, alcanzando al 41,7% entre los pueblos indígenas.

En Paraguay, aproximadamente uno de cada cuatro hogares cuenta con la presencia de al menos una persona adulta mayor entre sus miembros. Hacia el futuro debe enfrentar el reto que plantea el enorme aumento de la proporción de población de sesenta años y más, que se estima pasará de 7,1% en el 2000 a 11,6% en el 2025 y a 18,5% en el 2050.

2.4. DETERMINANTES DE SALUD

2.4.1. Determinantes políticos

La República del Paraguay estuvo gobernada durante treinta y cinco años por una dictadura, culminada en 1989, y, tras un periodo continuista entró en un incipiente proceso democrático: en 1991 se realizaron las primeras elecciones municipales, en tanto en las últimas elecciones presidenciales y parlamentarias del 2008, llega al gobierno una coalición de partidos y colectivos sociales minoritarios.

Con la llegada del nuevo gobierno, se abrió un período que despierta muchas expectativas en el pueblo paraguayo, no exento de incertidumbres y dificultades, en la situación de minoría parlamentaria y con fuertes presiones de grupos sociales secularmente marginados.

La Constitución declara al Paraguay como república unitaria, indivisible y descentralizada y como Estado Social de Derecho. La Constitución proclama también el derecho a la salud de toda la población.

La administración pública arrastra una situación real deficitaria en lo que concierne a la transparencia, integridad y eficiencia, a pesar de importantes intentos de mejora.

La diversidad de grupos políticos que sustentan al gobierno nacido de las últimas elecciones y su situación de minoría parlamentaria constituyen una amenaza de fragilidad y una limitación en la perspectiva del gobierno de introducir cambios estructurales durante su mandato.

Paraguay mantiene una de las distribuciones más desiguales de la riqueza y del ingreso en Latinoamérica: el 10% más rico de la población mantiene el 39% de los ingresos totales, mientras que el 10% más pobre solamente alcanza el 0,7%.

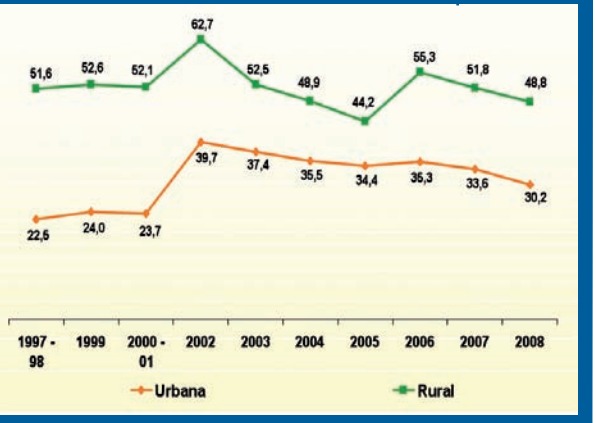
La pobreza en general ha venido disminuyendo en los últimos tres años, aunque al analizar la serie desde 1997 hasta 2008, los niveles actuales de pobreza son más elevados, en particular en el medio rural. Como se puede apreciar en el cuadro n° 11 y el gráfico adjuntos, la pobreza extrema alcanza al 19% de la población, mientras que la suma de pobreza extrema y pobreza no extrema llegan al 37,8 de la misma (48, 8 en el medio rural)[5].

En 2004 y 2005, la combinación de crecimiento económico moderado acompañado de baja inflación en alimentos permitió una reducción de la pobreza extrema (durante los dos años). En 2006 y 2007, la combinación de alto crecimiento económico acompañado de alta inflación en alimentos generó 270 mil nuevos pobres extremos. Durante el 2008, la trayectoria de los precios de los alimentos continuó ascendente y tiene el potencial de frustrar metas de reducción de pobreza.

CUADRO N° 11

POBREZA EN PARAGUAY (1997 - 2008)

Pobreza (2008)	Personas	%
Extrema	**1.165.384**	**19,0**
Urbana	378.588	10,6
Rural	786.795	30,9
No extrema	**1.159.173**	**18.9**
Urbana	702.275	19,6
Rural	456.898	17,9
Total	**2.324.556**	**37.9**
Urbana	1.080.863	30,2
Rural	1.243.693	48,8



Fuente: DGEEC

Es necesario contemplar medidas de emergencias y de mediano y largo plazo[6].

En este contexto, el gobierno reformuló en 2009 el programa *Tekoporã*, basado en transferencias monetarias con corresponsabilidades (TMC), destinado a familias en extrema pobreza, con un enfoque no asistencialista, basado en la promoción de los derechos de las familias para mejorar su condición de vida, ejercer los derechos a la alimentación, a la identidad, a la salud y a la educación.

5 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censo. Encuesta permanente de hogares 2007.

6 http://www.undp.org.py/images_not/file/Pobreza/6%20Repercusin%20de%20la%20suba%20de%20precios%20de%20alimentos.pdf

Entre los Lineamientos Estratégicos del Programa de Gobierno 2008/2013, se plantea una reforma en profundidad de la función pública centrada principalmente en la reducción drástica de la corrupción; en el fortalecimiento y modernización de las instituciones del Estado y las empresas públicas; la promoción de la coordinación interinstitucional y la descentralización del Estado en forma selectiva, ordenada, racional y definida.

2.4.2. Determinantes económicos

Desde 1997 se desencadenó una profunda recesión económica. Al finalizar el 2003, PIB per cápita se situó en el 30%, por debajo del correspondiente a 1991. En 2002 y 2003, la moneda nacional acumuló una depreciación del 54% y la inflación se elevó en el 2002 al 14,6% luego de varios años de experimentar variaciones de sólo un dígito. En 2003, un aumento adicional de 9,3% en el nivel general de precios disminuyó aún más la capacidad adquisitiva de la ciudadanía. La crisis económica, marcada por un estancamiento en las tasas de crecimiento del PIB frente al persistente crecimiento demográfico, propicia el incremento del desempleo y subempleo y la pobreza estructural. La expansión del gasto social está limitada por el retroceso de la base productiva, a la que se suman la evasión fiscal y la estructura tributaria regresiva.

El PIB, a precios constantes, pasó de 7,6 millones de dólares norteamericanos en el 2003 a 16,3 millones en el 2008. En igual período, el PIB *per cápita* creció en correspondencia con el aumento de la población (de 5.677.448 a 6.163.913 de habitantes entre 2003 y 2007). El sector productivo del país mantiene una alta dependencia de rubros tradicionales (fibra de algodón, soja, aceites vegetales, carne y madera) con gran peso en las exportaciones. Si bien el país cuenta con recursos naturales y energéticos para acceder a un desarrollo sustentable, se necesita revertir años de estancamiento y un alto nivel de desempleo, lo que sería posible si se incrementaran las estrategias y programas de política de Estado.

En el Cuadro 12 se puede observar el porcentaje de gasto público y el correspondiente al sector salud, así como otros indicadores económicos de interés. Entre estos, tiene particular importancia el correspondiente al porcentaje de gasto de bolsillo en salud, que se encuentra por encima del 56% y que contrasta con el derecho a la salud proclamado en la Constitución. Este dato del 2005, si nos atenemos al último informe de gestión del MSPBS (Rendición de cuentas y propuesta de gestión, de septiembre de 2009) ha sufrido un agravamiento, llegando hasta el 73%.

CUADRO N° 12

INDICADORES DE LA INVERSIÓN EN SALUD PARAGUAY (1999 - 2005)

Indicador	Promedio Quinquenal 1995 - 1999	2000 - 2005
PIB per cápita en USD en precios constantes	1.490	1.362
Gasto Público per cápita (en USD)	296,4	238,7
Gasto Público total, % del PIB corriente	21,0	40,5
Gasto Público en salud, % del PIB corriente	2,9	2,7
Gasto Público en servicios de salud, % del PIB corriente	1,9	3,5
Gasto Privado en salud (en USD)	186.242.336,9	258.694.603,1
Gasto de bolsillo en salud (% gasto total en salud)	49,4	56,6
Tasa de Inflación anual	9,0	9,0
Deuda externa, % en relaciuón al PIB	19,0	37,4
Servicio de la deuda externa, % en relación al PIB	2,1	3,8

Fuente: Dirección General de Evaluación y Planificación en Salud del MSPBS, con datos de OPS/OMS y MSPBS (Cuentas de salud 2002-2004) y Banco Central del Paraguay (Informe económico)

2.4.3. Determinantes Sociales

La situación de los servicios sociales se caracteriza por una fuerte discriminación entre las zonas rurales y urbanas. Históricamente la dotación de servicios en el país ha tenido esta característica, lo que ha provocado un detrimento significativo en la segunda en relación a la primera, en áreas tales como el empleo, la salud y la educación.

Agricultura y producción alimentaria

Paraguay se caracteriza por tener un potencial agropecuario y forestal, agua subterránea y superficial y diversidad biológica de fauna y flora. Sin embargo, la distribución y el acceso a los recursos naturales, tecnológicos y financieros han sido muy desiguales, en cantidad y en calidad. El país tiene una alta capacidad de producción de alimentos, pero el abandono de los sistemas productivos tradicionales y diversificados de los pequeños productores que garantizaba la seguridad alimentaria, por la tendencia al monocultivo para la renta, ha dado lugar a un problema de desabastecimiento y desnutrición severo.

Con el propósito de crear un frente en la lucha contra el hambre y la pobreza extrema en Paraguay y posicionar la seguridad alimentaria en las agendas políticas y en la política de Estado, el gobierno presentó el Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (Planal), creado por Decreto N° 2789/09.

El Planal busca dar respuesta a condiciones de vulnerabilidad, elevados índices de desnutrición, malnutrición y otras enfermedades de base alimentaria, la situación de calle y mendicidad de comunidades indígenas y 150.000 fincas campesinas con bajo retorno económico

al trabajo familiar. El plan, si bien beneficiará a toda la población que vive en el país, considera a los pueblos originarios y comunidades rurales o urbanas en estado de vulnerabilidad como grupos meta principales.

El Planal será ejecutado por el Gabinete Social, dependencia del Poder Ejecutivo, a través de tres programas (de agricultura familiar, de economía y agricultura indígena y de producción orgánica y agroecológica) y se acoplará con otros programas ya existentes como el Programa nacional de protección, promoción e inclusión social, de la SAS; el Programa nacional de nutrición, alimentación e inocuidad de alimentos, del MSPBS; y el Programa de fortalecimiento de la educación en soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, del MEC.

Educación

Si bien algunos indicadores han mejorado en los últimos años, fundamentalmente en lo referente a tasas de matricula y escolaridad, continúan existiendo grandes desigualdades. Un informe del PNUD de 2007, con datos de la DGEEC, aportaba datos reveladores (Cuadro 13).

CUADRO N° 13

ESCOLARIDAD Y COBERTURA DE LA EDUCACIÓN POR GRUPOS DE POBLACIÓN

	Más pobres	Más ricos
Tiempo de Escolaridad	5,5 años	10 años
Tasa de Cobertura	49%	78%

Fuente: PNUD, 2007

Se han producido avances en las últimas décadas hacia la igualdad de género en el plano educativo, en la medida que los indicadores muestran niveles de cobertura similares por sexo tanto en la educación escolar básica (EEB) como en la educación media (EM). Sin embargo, persisten disparidades en el área rural, explicables por la persistencia de patrones más rígidos en la división sexual del trabajo en el hogar y por las menores oportunidades laborales de las mujeres campesinas, lo que produce una disminución de los incentivos a invertir en su educación. Por otra parte, los logros de alfabetización alcanzados por las mujeres, no necesariamente se traducen en una mejor inserción y un bienestar laboral de la población femenina del país[7].

Las diferencias se hacen mayores con grupos de población indígena: la tasa nacional de analfabetismo fue de 7,1% en 2002, mientras que ascendía a 51% entre los indígenas. Igualmente podemos apreciar diferencias significativas entre sexos y entre medio urbano y rural.

Desempleo y condiciones de trabajo

La tasa de desempleo abierto afecta al 5,7% de la población (4,6% de los hombres y al 7,4% de las mujeres, el subgrupo con mayor tasa de desempleo). El subempleo total en 2008 fue del 26,5% (25% entre los hombres y 28,9% entre las mujeres). El 63% de los trabajadores y las trabajadoras paraguayas se encuentran ocupados en establecimientos que cuentan con cinco o menos empleados.

El sector primario o extractivo absorbe el 26,5% de la población ocupada, el secundario el 18,5% y el terciario el 54,9%. Alrededor del 71,3% de las mujeres ocupadas trabajan en el sector terciario, mientras que los hombres se distribuyen entre el terciario y primario (44,6% y 31,1%)[8]. En 2008, la tasa de actividad en hombres fue de 75,8% mientras que en mujeres fue de 47,9% bajando a 44,3% en las mujeres rurales, el grupo con menor tasa de actividad fuera del hogar.

Agua y saneamiento

El sector de agua potable y saneamiento presenta una estructura compleja, centralizada en organismos gubernamentales, atado a políticas de acción del poder central, con una limitada articulación y planificación que oriente el cumplimento de metas sectoriales.

El crecimiento de los núcleos de concentración de población no tiene el acompañamiento del desarrollo sectorial. Dicho de otra forma, las poblaciones de las ciudades y pueblos crecen mucho más rápido que la estructura de agua potable y saneamiento en ellas. Los servicios de agua y saneamiento para poblaciones de menos de 10.000 habitantes son provistos por el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (Senasa) a través de las Juntas de Saneamiento, y las poblaciones urbanas mayores son abastecidas por la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (Essap SA) y aguateros privados.

La baja cobertura y las desigualdades en materia de acceso a agua potable y saneamiento son evidentes según el área de residencia, el origen socioeconómico y la pertenencia a un grupo étnico. Un cuadro demostrativo[9] de la evolución de la población (en porcentaje a la población total) con acceso de agua de red[10] se muestra a continuación (Cuadro 14).

7 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Paraguay 2008. Versión preliminar.

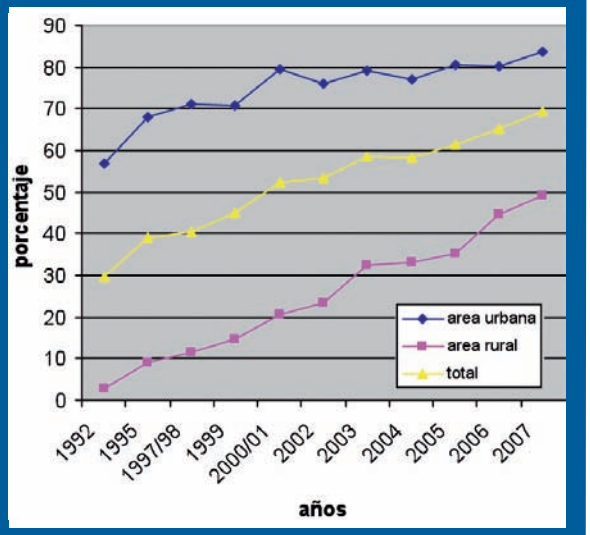
8 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censo. Encuesta permanente de hogares. 2008.

9 Experiencias ciudadanas innovadoras. PNUD Paraguay – 2008.

10 Agua de red: agua suministrada por Essap SA, juntas de saneamiento y operadores privados.

CUADRO N° 14

COBERTURA DE AGUA POTABLE



Fuente: Dirección General de Estudios, Estadísticas y Censos, del documento Encuesta Permanente de Hogares - 2007

A pesar del avance de los últimos años se identifica una disparidad de acceso de agua en red, hay baja cobertura de agua potable (69,3% en 2007), con una enorme brecha urbano rural (83,6% a 49,2%). Por otro lado, se detecta que la población indígena presenta enormes necesidades respecto al servicio de agua potable. Según la Encuesta de Hogares Indígenas del 2008, solo el 5,9 de esta población accede a este servicio. Además, hay disparidad de opiniones sobre las veracidades de las informaciones, sobre todo por la forma de interpretar la cobertura de los servicios lo que crea confusiones. El Ente Regulador de los Servicios Sanitarios (Erssan) plantea que la cobertura de servicios de agua potable es de 51,5%.

La calidad del agua también presenta severas deficiencias, según el Erssan, en el 2007 sólo un 24% de los sistemas de agua recibe algún tipo de tratamiento, encontrándose mayores deficiencias en las zonas rurales. Las acciones de vigilancia de la calidad de agua efectuadas por el sector salud son efectuadas de manera limitada sin un análisis que relacione las enfermedades de origen hídrico con la calidad del agua.

Respecto al servicio de disposición final de aguas servidas y excretas, la situación es mucho más crítica, siendo las necesidades insatisfechas de este sub sector mayores que las de agua potable, con requerimientos de esfuerzos e inversión muy altos.

En general, el acceso a los servicios de saneamiento básico es muy restringido a escala nacional. En 2008, sólo el 11% de la población total del Paraguay contaba con un sistema fiable de saneamiento básico y sólo el 10% de las aguas colectadas a través de las redes de alcantarillado recibían un tratamiento posterior.

En el Cuadro 15 se aprecia la diferencia entre pobres y ricos, tanto en abastecimiento de agua por cañería como en acceso a saneamiento básico.

CUADRO N° 15

DIFERENCIA ENTRE PERSONAS RICAS Y POBRES EN ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ACCESO A SANEAMIENTO

	Más pobres	Más ricos
Agua por cañería	55,6%	78,7%
Saneamiento	34,2%	92,5%

Fuente: PNUD, 2007, con datos de la DGEEC

El sector de los residuos sólidos ha sido muy poco desarrollado en el país. Los índices de cobertura de la recolección de residuos en áreas urbanas son inferiores al 57%, teniendo departamentos sin cobertura hasta la fecha. La disposición final se realiza en vertederos a cielo abierto (72%) y el resto en vertederos controlados (24%) o micro rellenos sanitarios manuales (4%). A la fecha no se cuenta con ente rector y promotor de los servicios. La gestión de este sector se delegó a las autoridades locales, quienes carecen de recursos y asistencia técnica para movilizar inversiones para este fin. El control y vigilancia se realiza desde la Dirección General de Salud Ambiental (Digesa) y la SEAM para los cuidados ambientales.

Otro punto crítico, es el manejo y disposición final de residuos hospitalarios, si bien en el presente se logró reglamentar su manejo, aún son débiles los programas que permiten la gestión integral en los hospitales y sólo es implementado en Asunción y su área metropolitana.

Vivienda

Según un estudio realizado por la Comisión Económica para América latina y el Caribe (Cepal), el sector urbano en el Paraguay se encuentra en un proceso de transición urbana moderada, lo que quiere decir que aún está en proceso de crecimiento y expansión[11].

En 1950, el 36,2% de las viviendas se encontraban en las áreas urbanas y 63,8% en las rurales; en la actualidad se invierten estas proporciones con 58,6% de viviendas urbanas y 41,4% de viviendas rurales. El 75 % de la población cuenta con casa propia, un 19,7 viven en ranchos y un 3 % en inquilinato.

11 Informe sobre Desarrollo Humano 2004. PNUD.

En cuanto a la necesidad de viviendas, el último informe ofrecido por el Consejo Nacional de la Vivienda (Conavi) estima la necesidad actual de viviendas de la siguiente manera:

CUADRO N° 16

NECESIDAD ACTUAL DE VIVIENDA EN PARAGUAY (2009)

Faltantes	98.000
A ser ampliadas	23.600
A ser ampliadas y mejoradas	164.000
A ser mejoradas	517.000
Total	**804.000**

Fuente: Conavi. Cálculo del déficit habitacional del Paraguay, 2009

El país ha realizado avances en este terreno con la implementación de políticas habitacionales para poblaciones pobres a través del la Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria (Cepra), mientras que el sector salud se encuentra enfocado en el desarrollo de estrategias de promoción de viviendas saludables, con una red de trabajo intersectorial que aborda la problemática.

Servicios de salud (como determinante de la salud)

El informe de "Exclusión Social en Salud 2007" identifica una serie de indicadores para caracterizar el nivel de exclusión social. En primer lugar, realiza un análisis de la demanda asistida (población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud), situándola en el 52,3 % en el 2004, de forma que casi el 50% de la población en esa situación no accede a los servicios de salud.

En cuanto a otros indicadores, hay que destacar que la exclusión afecta al parto institucional en un 15,7%, al programa de vacunación en 20,6% por abandono y a la seguridad social en un 81%.

2.4.4. Determinantes medio ambientales

En los últimos años, ha habido un gran incremento en la utilización de sustancias químicas en las actividades productivas de industrias, agricultura y hogares. En los cultivos intensivos se utiliza una enorme carga de productos químicos, no siempre registrados, para el control de plagas.

El uso de las sustancias químicas para proteger la producción no ha sido acompañado del suficiente cuidado en su manejo para evitar efectos negativos sobre el ambiente y sobre la salud de las personas. La cantidad de agro tóxicos que ingresan a nuestro país para la producción de la soja se traduce en un vertimiento de proporciones alarmantes.

Paraguay no es un país productor de sustancias químicas, si bien se realizan fraccionamientos, empaque y mezcla. Las sustancias químicas utilizadas en el sector agropecuario son las que poseen una mayor representatividad y el volumen utilizado ha ido incrementándose anualmente. Es importante destacar que entre 2000 y 2004 el 86% de los casos de intoxicación son producidos por órgano-fosforados, sobre un total de 325 casos, existiendo incremento por año que oscilaron entre 30% y 53%, destacándose que el 87,5% de los pacientes intoxicados tenían menos de cuarenta y cinco años.

Hasta el 2004, se estimaba que estaban legalmente registradas alrededor de 2000 fraccionadoras de sustancia químicas tipo plaguicidas. Los mecanismos de control de la distribución, venta y uso de plaguicidas son poco eficaces.

La institución responsable del registro de plaguicidas en el país es el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (Senave). Dados los riesgos para la salud y el ambiente que representan los plaguicidas es importante que las autoridades de salud y ambiente analicen sus riesgos toxicológicos y eco-tóxicológicos antes de su ingreso al país.

El país cuenta con un Centro de toxicología creado en el 2000, cuya misión es brindar la mejor información y realizar análisis toxicológicos y de drogas terapéuticas. Uno de los problemas que presenta el actual centro es que necesita fortalecer el equipamiento para medir otros bioindicadores.

Los desastres naturales constituyen otro problema cada vez más recurrente en el país, previéndose que los cambios climáticos agudizarán esta situación. Las inundaciones de los grandes ríos y las sequías e incendios presentados en diferentes departamentos han sido causa en diferentes momentos de declaración de emergencia nacional.

Desde 2004, está vigente la Ley 2524/04 que prohíbe las actividades de transformación y conversión de superficies con cobertura de bosques en la región Oriental. En 2005 fue aprobada la Política Ambiental Nacional (PAN). Asimismo, se ha establecido la Estrategia Nacional y el Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad del Paraguay para el período 2004-2009.

2.5. EL SISTEMA NACIONAL Y LOS SERVICIOS DE SALUD

2.5.1. Rectoría, lineamientos y prioridades de salud

La Constitución de 1992 establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (art. 68). Los valores básicos asumidos por el sector salud son la universalidad de cobertura, la integralidad de prestaciones, la igualdad de beneficios, la solidaridad y la responsabilidad social.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay está regulado por la Ley 1032/96 que establece su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades (art. 4). Además, contempla la conformación del Consejo Nacional de Salud como organismo de consenso, coordinación y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud (art. 19).

El MSPBS tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva (Decreto 21376/98).

El sistema de salud en el Paraguay presenta una alta segmentación de proveedores y una falta de articulación de los diferentes subsectores. Existe superposición de acciones entre el MSPBS y el Instituto de Previsión Social (IPS), así como entre el IPS y el sector privado. La falta de coordinación interinstitucional trae como consecuencia la duplicación de actividades, lo que se refleja en la distribución de establecimientos de salud localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades.

No existe una separación y diferenciación adecuada de funciones: el MSPBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento; el IPS y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento.

Un documento de Política Nacional de Salud fue elaborado para el periodo 2005-2008 "Construyendo Juntos una Política de Estado - Salud para todos con equidad". Sus pilares fundamentales estaban definidos como: la reforma de la salud; la promoción de la salud; la protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento; la salud ambiental y saneamiento básico; el desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente.

El gobierno actual desarrolla una nueva propuesta denominada "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad", con la intención de servir de marco a la planificación estratégica del periodo comprendido entre el 2008 y el 2013, sentando las bases para disminuir hasta eliminar las inequidades en salud y promover un Estado social de derecho.

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad se fundamentan en cuatro pilares, la universalidad, la integralidad, la equidad y la participación ciudadana; y en un paquete de ejes estratégicos:

- enfoque de derechos humanos y en salud;
- aplicación progresiva, continua y sustentable;
- aplicación del marco legal vigente;
- articulación, coordinación y complementación de acciones y recursos del SNS;
- programas de salud y calidad de vida;
- organización de redes de atención;
- universalización de la Atención Primaria en Salud (APS);
- descentralización, territorios de gestión social; y
- participación ciudadana.

Finalmente plantea el abordaje programático por ciclos de vida y establece un paquete de Metas de indiferencia cero para cada ciclo de vida.

Para su puesta en marcha el MSPBS diseñó un proceso por etapas, marcando una primera etapa o ***Plan de Contingencia***, concluida en marzo de 2009, para abordar problemas prioritarios; una segunda etapa, denominada de ***Mejora e innovaciones sustantivas***, a concluir en Marzo de 2010; para culminar en una tercera etapa, denominada de ***Inicio de la Reforma Estructural***, hasta marzo del 2013.

En el marco de la primera etapa se puso en marcha la implementación progresiva de la gratuidad de los servicios de salud, mediante resoluciones ministeriales, para impactar directamente en la disminución de los gastos de bolsillo en salud de numerosas familias paraguayas, lo que se articula con la estrategia de combate a la pobreza en el marco de la política social del gobierno.

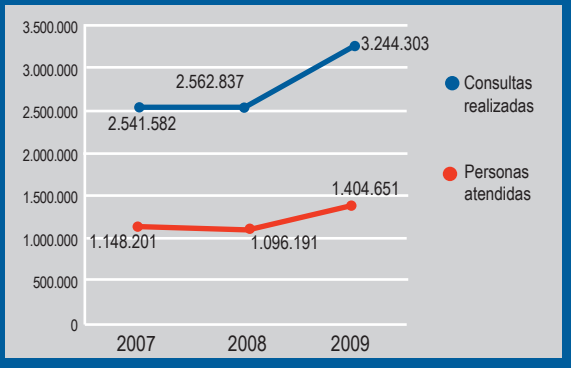
Es así que se aseguró la universalidad mediante el acceso gratuito:

- a las consultas externas y de urgencias (12 de septiembre de 2008);
- a las internaciones hospitalarias y las cirugías de urgencias, menores y programadas, derecho operatorio y anestesia (30 de septiembre de 2008);
- a los estudios auxiliares de diagnóstico de pacientes internados (27 de noviembre de 2008);
- a los tratamientos de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y de mamas (21 de julio de 2009); y
- a las consultas y procedimientos odontológicos (11 de agosto de 2009).

La respuesta a esta política se ha puesto en evidencia con el incremento de la demanda de cerca del 40% (Cuadro 17).

CUADRO N° 17

INCREMENTO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD (PRIMER SEMESTRE 2007, 2008 Y 2009)



Fuente: Dirección de Bioestadística del MSPBS, 2009

Para la gestión de los primeros seis meses, se puso en marcha una estrategia de "Políticas públicas coordinadas", con el fin de articular los servicios y las prestaciones de una serie de instituciones relevantes para la protección social, fundamentalmente de las poblaciones más vulnerables (SMPR, SAS, MEC, Diben, INDI, SNNA y MSPBS).

Como la Ley 1032/96 había dado las pautas para la descentralización en el sector salud del Paraguay, reglamentadas por Decreto 19966/98, desde ese momento diversas experiencias han sido ensayadas en ese ámbito, enmarcadas jurídicamente bajo la forma de "acuerdos de descentralización", establecidos entre el MSPBS e instituciones que conforman su red de servicios, y entre el MSPBS y los Consejos locales de salud (de ámbito municipal). Sin embargo, éstos no han significado avances suficientes en el ámbito nacional, por lo que el proceso deberá ser revisado en consonancia con la nueva política de salud.

En el momento actual y en el marco de la segunda etapa se está elaborando el Plan Estratégico del MSPBS, con el horizonte de marzo de 2013.

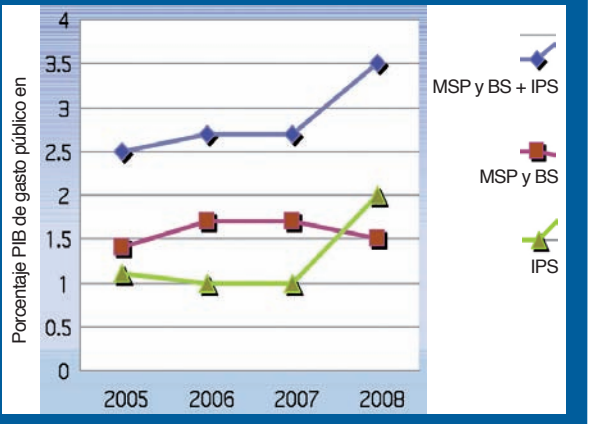
Al mismo tiempo se ha elaborado una Política Nacional de Salud Indígena, aún pendiente de edición y publicación, sobre la que el MSPBS ya ha dictado una resolución (653/09) para identificar en cada dirección regional y en los hospitales y centros de APS, los puntos focales para las acciones a llevarse a cabo en el ámbito de la salud indígena.

2.5.2. Financiación y aseguramiento

En cuanto al gasto en salud, se mantiene, a pesar del incremento del presupuesto del 2008, en porcentajes del PIB muy bajos, destacándose la disminución del presupuesto correspondiente al MSPBS (Cuadro 18).

CUADRO N° 18

GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB EN PARAGUAY (2005/2008)

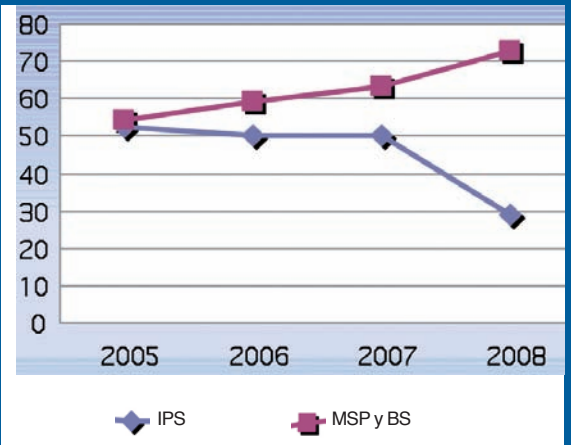


Fuente: Adaptado de Usaid y OPS. Perfil de los sistemas de salud – Paraguay

Esta cuestión es aún más llamativa al observar la distribución interna del gasto, dejando en evidencia la limitada capacidad institucional para operar al concentrar casi las tres cuartas partes del presupuesto en gastos de personal (Cuadro 19).

CUADRO N° 19

PORCENTAJE DE GASTO EN PERSONAL DE SALUD EN PARAGUAY (2005/2008)



Fuente: Adaptado de Usaid y OPS. Perfil de los sistemas de salud – Paraguay

El nuevo gobierno heredó un presupuesto continuista para 2009 y aunque las perspectivas para 2010 no son muy favorables en números globales, está realizando un esfuerzo para hacer más eficiente el gasto y ya presenta en su primer año de gestión importantes avances y logros, fundamentalmente dirigidos al terreno de las contrataciones y las compras, con ahorros significativos para poder realizar inversiones en equipamientos, originalmente no programadas.

Entre estas medidas está la aplicación de economía de escala a las compras (de medicamentos, insumos y equipos): así, de 82 unidades operativas de contratación se pasó a 32, reduciendo significativamente los procesos administrativos y el terreno para la corrupción. A esta medida se ha unido el impulso de las contrataciones mediante licitación, lo que introduce tanto transparencia como competencia. De esta forma, el MSPBS ha podido conseguir un ahorro estimado del 50% en los procesos de compra. En el Cuadro 20 se puede observar la evolución de este proceso en relación a 2008, con datos de la rendición de cuentas del MSPBS de 2009.

En cuanto al aseguramiento, los programas de seguridad social en Paraguay son de desarrollo relativamente reciente, con la instalación de las dos cajas más importantes: la Caja Fiscal, que aglutina a los trabajadores de la administración centralizada del Estado, y la Caja del IPS (creada en 1943), que cubre a los trabajadores asalariados y las trabajadoras asalariadas del sector privado y de las empresas de la administración descentralizada del Estado, para los riesgos de vejez, invalidez y muerte.

CUADRO N° 20

MODALIDADES DE COMPRA DEL MSPBS (2008/2009)

Modalidad	Llamados 2008	Llamados 2009	Diferencias	Porcentaje
Licitación pública	65	86	21	32%
Concurso de ofertas	120	156	36	30%
Contrataciones directas	2110	635	-1475	-70%
Por excepción	115	15	-100	-87%
Locación de inmuebles	15	7	-8	-53%
Capacitaciones	20	9	-11	-55%

Fuente: Rendición de cuentas, MSPBS 2009

El IPS, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2005, atiende para su programa de salud el 12,5% de la población total del país. El 80% de las personas aseguradas reside en área urbana y tan sólo 20% en área rural.

2.5.3. Provisión de servicios

El subsector público es responsable de brindar atención universal a la salud en todo el país. Integra al MSPBS, la Universidad Nacional de Asunción (UNA), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la sanidad de las municipalidades y las gobernaciones y el IPS, que constituye un ente autárquico. Las entidades binacionales de Itaipú y Yacyretá ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios y funcionarias, ex funcionarios y ex funcionarias y a sus familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria.

El subsector privado está constituido por instituciones con fines de lucro (hospitales, sanatorios, clínicas y consultorios privados, laboratorios de producción de medicamentos, farmacias y otros servicios de salud privados). Incluye las empresas de medicina de prepago que ofertan servicios, la mayoría en el área de Asunción y en el departamento Central, y aquellas sin fines de lucro como universidades privadas con sus hospitales y las ONG que prestan servicios de salud. Las primeras son autofinanciadas a través de los pagos directos y las cotizaciones.

Un primer esquema para la reforma de los servicios de salud se desarrolló en 1998 en el documento de "Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial". El MSPBS y el IPS cuentan con algo más de 1.100 estructuras de salud en todo el país, disponiendo en conjunto de una cama por cada mil habitantes.

La red más amplia corresponde al MSPBS, que cuenta a la fecha actual con 993 establecimientos de prestación de servicios asistenciales, según una tipología, que ya no se adapta a los nuevos postulados y se encuentra en periodo de revisión (Cuadro 22).

CUADRO N° 21

TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SU LOCALIZACIÓN (2007)

Establecimiento	Asunción	Central	Interior	Total del país
Hospital-Sanatorio	32	37	74	143
Clínica con interacción	22	41	74	137
Clínica sin interacción	148	47	45	240
Consultorio médico	136	66	38	240
Consultorio y Clínico (odontológica)	164	50	43	257
Pre-paga	50	16	19	85
Hemodiálisis	6	1	2	9
Diagnostico por imágenes	15	0	0	15
Total	573	258	295	1126

Fuente: Dirección General de Servicios de Salud, MSPBS

CUADRO N° 22

ESTABLECIMIENTOS DEL MSPBS POR TIPO (2009)

Tipo	cantidad
Centro Especializado	12
Hospital General	1
Hospital Regional	17
Hospital distrital	37
Hospital Materno Infantil	7
Centro de Salud	114
Puesto de Salud	739
Dispensarios	58
Dispensarios Asentamiento Indigena	6
Dispensarios Asentamiento Campesino	23
total	**993**
cerrados	44

Fuente: Dirección General de Servicios de Salud del MSPBS

A pesar de contar con una amplia red, hay serios problemas de organización y mantenimiento, no contando en muchos casos con los recursos humanos necesarios para su operación, y hay serias limitantes para el abastecimiento adecuado. El crecimiento de la red no ha sido planificado. La gran debilidad funcional del primer nivel de atención (puestos y centros de salud) distorsiona la operación de la red de servicios, que se centra en la atención hospitalaria.

Se espera que la apuesta del nuevo gobierno por el desarrollo del primer nivel de atención, con la estrategia de la APS renovada como marco, se traduzca en una instalación progresiva y sostenida de Unidades de Salud de la Familia (USF) con equipos multidisciplinarios de trabajo, orientada en el ámbito de la reforma del sector.

Esta estrategia es el eje principal que articula al SNS, contando con una red de APS como su puerta de entrada. Esta red se ha iniciado con la instalación de las primeras USF en las poblaciones de mayores niveles de pobreza, con equipos de salud compuestos por profesionales de la medicina, la enfermería y la obstetricia y con agentes comunitarios, que atienden a las personas de los territorios sociales bajo su responsabilidad. Las 117 instaladas hasta fines de noviembre de 2009 están distribuidas en 14 de las 18 circunscripciones y dan cobertura a más de 409.000 personas.

En el nivel de atención especializada, el MSPBS se ha centrado en la modernización de los deteriorados edificios y en la actualización y reparación de equipos hospitalarios (se han introducido 3 tomógrafos axiales computarizados (TAC), un acelerador lineal y equipos radiológicos, mamógrafos y endoscopios para los hospitales regionales y de odontología y oftalmología para los policlínicos); de emergencias y terapias (41 camas de terapia intensiva, 25 ambulancias y 30 máquinas de anestesia) y de enfermedades catastróficas (equipos de hemodiálisis).

Se espera también en ese marco una racionalización de la multiplicidad de programas existentes, mediante la coordinación e integración progresivas de las intervenciones.

Por su parte, los programas de promoción de la salud están teniendo un desarrollo nuevo bajo el marco de una Política de Promoción de la Salud, con la puesta en marcha de estrategias de apoyo a Municipios Saludables (retomando la conformación de la Red de Municipios Saludables), a Viviendas Saludables y a Escuelas Saludables (en etapa de

revisión y ajuste). Asimismo, se han seleccionado 40 instituciones para desarrollar una experiencia piloto a partir de una línea de base, tras la firma de un convenio entre el MEC y el MSPBS.

Otra experiencia de sistematización relacionada con la promoción de la salud, se ha desarrollado a partir del proyecto "Rostros, Voces y Lugares" que recogerá la experiencias locales exitosas orientadas por los ODM.

2.5.4. Recursos humanos

La situación de los recursos humanos en salud se valora como una de las áreas con más debilidades para desarrollar las reformas: por una parte la escasa regulación laboral permite, por un lado la más variada gama de contratos de muy diversa carga horaria, con bajos salarios y el pluriempleo y la temporalidad como normas, y por otro, la falta de homologación de los planes de estudios de la mayoría de profesiones sanitarias, en especial medicina y enfermería, favoreciendo, además, la proliferación no controlada de instituciones formadoras del ámbito privado (hay 15 facultades de medicina y 45 escuelas de enfermería en el país), muchas de las cuales no reúnen las condiciones ni disponen de los recursos necesarios para garantizar los estándares de calidad exigibles y sobre las que no se establece ninguna planificación ni para el volumen de recursos humanos necesarios, ni para la adecuación de su formación.

La administración del personal de salud está altamente centralizada, ya que las contrataciones y los despidos son manejados directamente por el MSPBS. Además, se realizan nuevos nombramientos sólo como resultado de vacantes, produciendo por lo tanto una desigualdad entre los "cargos" y el trabajo que realmente se realiza. Las contrataciones temporales renovadas una y otra vez mantienen miles de funcionarios en una situación de trabajo precario con escasos derechos, lo que sólo recientemente ha comenzado a resolverse mediante un paquete de resoluciones orientadas a la "desprecarización" laboral por medio de la incorporación al Presupuesto General de Gastos de la Nación del ejercicio fiscal 2009, de 5.171 nuevos rubros de personal permanente, cuya selección se realizó mediante un concurso interno abreviado, considerándose la antigüedad y la evaluación favorable del desempeño.

Otro logro resaltante, en el marco del cumplimiento de la ley de ingreso a la función pública y como contribución a una gestión pública transparente, fue la realización de los primeros 19 concursos públicos de méritos y aptitudes en el MSPBS para 1.230 profesionales de salud en igualdad de condiciones. Se realizó también un proceso de nivelación salarial de 10.134 funcionarios y funcionarias permanentes y de 8.569 funcionarios y funcionarias contratadas.

En 2005, se reinició un proceso de concertación de la carrera sanitaria para mejorar la estructura de cargos y los salarios. Esta propuesta se encuentra con media sanción en el parlamento, en una situación de impasse y que se plantea como uno de los cambios estructurales de mayor importancia para el SNS.

La nueva administración del MSPBS ha priorizado el área de recursos humanos y, más allá de ejercer la función administrativa de gestión de la fuerza de trabajo, ha creado una Dirección General Estratégica de Recursos Humanos, la cual se ocupa de la planificación y que tiene a su cargo el espacio de formación e investigación, desarrollado a través del Instituto Nacional de Salud, así como la función rectora para la certificación de las instituciones académicas. La nueva dirección tiene planteados para el corto y mediano plazos importantes desafíos (carrera sanitaria, registro de profesionales, sistema de información), así como la elaboración de un Plan Nacional de Recursos Humanos para el periodo 2010-2015. Además, por Resolución 879, creó el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el Paraguay, con las funciones de producir y difundir información y conocimiento, promover la investigación en recursos humanos, favorecer la comunicación y el intercambio de información y promover la articulación con otros observatorios regionales y globales.

Persisten problemas estructurales como la existencia de modelos de formación de personal no acordes con los requerimientos de los servicios, el escaso desarrollo de personal con formación en salud pública y el incipiente desarrollo de procesos de gestión y regulación de las prácticas profesionales.

En Paraguay, muchos establecimientos no cuentan con médicos permanentes, pero recurren a personal de medio tiempo. Tener varios empleos es una práctica muy generalizada en la profesión médica: cerca del 38% de los establecimientos no tiene médicos de tiempo completo en su dotación de personal. Los establecimientos de mayor complejidad, como los hospitales, tienen personal más calificado y son más grandes en promedio. Los puestos y centros de salud, por otra parte, se apoyan principalmente en personal y auxiliares de enfermería, con escaso entrenamiento. Casi 900 empleados y empleadas tenían en 2005, por lo menos, un empleo permanente en el MSPBS y otro en el IPS, en forma simultánea.

La certificación y recertificación de especialistas médicos se realiza a través de las sociedades científicas, siendo avaladas por el Círculo Paraguayo de Médicos (CPM), habilitado al efecto mediante un convenio con el MSPBS.

2.5.5. Medicamentos y otros productos sanitarios

La regulación de los medicamentos y otros productos sanitarios es ejercida por la Dirección General de Vigilancia Sanitaria (DGVS), que también realiza el control de calidad en toda la cadena de producción y comercialización, en forma aleatoria y contando con la colaboración de laboratorios nacionales, a través de convenios firmados al efecto. Los precios son establecidos a través de coeficientes diferenciados según correspondan a productos fabricados localmente, importados a granel o terminados.

En el 2001 se aprueba el documento de "Política Nacional de Medicamentos" que contiene y fortalece los principios constitucionales y legales establecidos, teniendo como objetivo mejorar el acceso equitativo de toda la población a medicamentos esenciales, seguros, eficaces y de calidad; incorpora la promoción de su uso racional y estimula la producción de medicamentos, integrando los sectores público y privado. Los principales desarrollos han sido la instalación de un sistema nacional de registro de medicamentos y establecimientos farmacéuticos; la implementación de acciones fiscalizadoras en los establecimientos, generando el cierre de aquellos que no cumplen con las normas de fabricación o expendio; y la implementación de un programa de control de calidad de medicamentos.

Aunque el país cuenta con laboratorios de producción habilitados, no se producen vacunas ni sueros hiperinmunes humanos; estos se obtienen a través del Fondo Rotatorio de vacunas de OPS/OMS. En 2005, se conformó la Autoridad Nacional Reguladora de Vacunas de la DGVS, responsable del registro y liberación de lotes de inmunobiológicos en los ámbitos público y privado.

En otro aspecto, el mayor gasto de bolsillo en Paraguay corresponde a los medicamentos, lo que refuerza la exclusión. El acceso a medicamentos es una problemática afrontada por el nuevo gobierno sanitario como uno de los ejes para disminuir la exclusión. Para ello ha creado en diciembre del 2008 la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, responsable de integrar el ciclo logístico de medicamentos, hasta ese momento fragmentado, lo que contribuía al desabastecimiento de los servicios de salud, con la consecuencia lógica de una falta de acceso a medicamentos.

Esta dirección centraliza las compras de medicamentos e insumos a fin de lograr un mejor control y obtener mejores precios con la economía de escala. Está abocada al logro de un listado básico de medicamentos esenciales, base para las adquisiciones y la optimización de los gastos en este rubro.

Por otro lado, la logística de almacenamiento y distribución de medicamentos pretende modernizarse con almacenes que cumplan buenas prácticas de almacenamiento (BPA) y con los equipos necesarios para una mejor distribución que abarque no sólo los parques regionales, sino todos los servicios de la red de salud.

En cuanto al uso racional de medicamentos se pretende, en cooperación con los diferentes programas de salud, una revisión de las guías terapéuticas y posteriormente su socialización a los prescriptores.

2.5.6. Investigación

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), es el organismo rector de las Políticas Nacionales de Ciencia, Tecnología e Innovación del país (1997). A nivel mundial, Paraguay es uno de los países que menos contribuye al acervo científico (0,025%), con una posición muy lejana de sus pares del MERCOSUR y de otros países de la región. En términos de inversión Paraguay es uno de los países que menos invierte en investigación y desarrollo (0,98 US$ por habitante). Tiene 0,21 investigadores por cada 1.000 habitantes, uno de los índices más bajos de la región. No obstante, el área médica posee el 26,2% de los investigadores del país, abocados en su mayoría a investigaciones aplicadas que producen el 44,4% de las publicaciones que se generan local e internacionalmente.

Las universidades aún privilegian la formación de grado, no alcanzando niveles de destaque los cursos de postgrado, los cuales no se consideran prioritarios. Sin embargo cabe señalar que la Universidad Nacional de Asunción cuenta con un fondo anual destinado a investigación científica, otorgado a docentes universitarios de las distintas facultades.

La investigación en Sistemas y Servicios de Salud en Paraguay, se inicia en 1995, como proceso con el apoyo de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, con sede en la Escuela Nacional de Salud Publica Fiocruz de Río de Janeiro, Brasil y el International Development Research Centre (IDRC). Este evento facilitó la capacitación de veinte referentes en el área de Sistemas, Servicios y Políticas de Salud, procedentes de los Subsectores Publico, Seguridad Social y Universidad Nacional de Asunción, cuyos productos fueron financiados, concluidos y publicados.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por promover la investigación en el área e institucionalizarla en el Instituto Nacional de Salud (INS), dependiente del Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social, esto no fue posible. Se reconoce que no existen mecanismos de estimulo y motivación para suscitar el interés hacia la investigación, no

se cuenta con una línea presupuestaria en el Presupuesto General de Gastos de Salud, y el respaldo de las agencias cooperantes para el desarrollo de capacidades en el área de la investigación es débil. Los procesos iniciados tímidamente, por diferentes grupos ha tenido dificultades para consolidar procesos a favor de la investigación, por la frecuente rotación de los recursos humanos en la institución clave, el INS, la cual nomina a sus conductores sin concurso de meritos y aptitudes. Con relación a la formación de comités de ética para la investigación, el país se encuentra abocado para la instalación de un comité nacional para realizar esta relevante tarea.

El MSPyBS ha constituido recientemente el "Comité interinstitucional para el desarrollo del sistema nacional de investigación para la salud" con el apoyo de la OPS/OMS y el CORHED, acuerdo que significa el compromiso para contribuir de a la construcción de un Sistema Nacional de Investigación para la Salud del Paraguay.

2.5.7. Sistema de información

El sistema de información de salud (SIS) en Paraguay adolece de problemas estructurales que atañen a la fragmentación y falta de coordinación de los subsistemas, baja cobertura y calidad y, consecuentemente, baja utilización para la toma de decisiones.

Un capítulo aparte merece el subsistema de estadísticas vitales: la baja cobertura del registro civil en cuanto a nacimientos vivos y defunciones hizo que el MSPBS organizase su propio subsistema de estadísticas vitales con formularios propios. Si bien esta estrategia tuvo como fruto una mejora sensible de cobertura y calidad de este tipo de información, tiene un techo en la expansión de cobertura definido por el acceso a los servicios de salud. La reforma en profundidad del Registro Civil con el objetivo dar cobertura a la totalidad la población es una tarea de Estado inaplazable, no sólo para poder disponer de datos fiables para cuestiones básicas de la administración, sino también porque la situación actual vulnera un derecho fundamental de los ciudadanos y las ciudadanas.

En el 2000, se inició un proceso de reforma del SIS que da origen a una comisión de rediseño del sistema. Entre 2005 y 2007 se concretaron una serie de acuerdos entre el MSPBS, la Agencia de los Estados Unidas para el Desarrollo Internacional (Usaid, por su sigla en inglés), el Centro de Informaciones y Recursos para el Desarrollo (CIRD) y la OPS para el fortalecimiento del SIS. Se crea entonces el Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) llevándose a cabo diversas evaluaciones (Measure, Health Metrics Network) que alimentan la formulación del plan estratégico del Sinais, actualmente en desarrollo.

Desde agosto de 2008 se da un nuevo impulso al Sinais que culmina con la creación de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (Digies), directamente dependiente del Gabinete. A su cargo se encuentran los subsistemas de rectoría del SNS, estadísticas vitales, demografía y determinantes de la salud, servicios de salud, vigilancia de la salud y ambiente, bienestar social, recursos humanos, recursos físicos, financiamiento en salud y logística en Salud.

El reto que tiene por delante la Digies es complejo, pues parte de una situación precaria y hay que considerar que el desarrollo de un SIS está estrechamente ligado a la organización de los servicios de salud y de los recursos humanos, áreas ambas con falencias estructurales reconocidas. El reconocimiento de la problemática y la prioridad dada por el MSPBS para transformar la presente realidad ofrecen un panorama esperanzador para lograr mejoras sustantivas a medio plazo en el SIS.

2.5.8. Participación comunitaria

El sistema paternalista instaurado por largas décadas en el país significó una importante limitante para la instalación de modelos participativos de gestión en cualquiera de los ámbitos del escenario nacional. Sin embargo, es en el sector de la salud donde surge un modelo de descentralización, para favorecer así, la participación comunitaria.

En 1998, se inicia el movimiento de Municipios Saludables, coincidiendo con el lema anual de la OMS. La Ley 1032/96 creó el Sistema Nacional de Salud estableciendo tres instancias de organización y participación: el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Regional de Salud y el Consejo Local de Salud, de forma que se convierte en el marco regulatorio más importante del proceso de descentralización.

Entre las modalidades efectivas de participación verificadas en la labor de los Consejos Locales de Salud se destacan: las asambleas comunitarias, el diagnóstico participativo, el diseño de planes locales de salud, el presupuesto participativo, la rendición de cuentas pública y la contraloría ciudadana.

En la actualidad, es importante mencionar que la participación comunitaria figura como uno de los ejes de la Política Sanitaria de Salud con Equidad, considerando que sin la presencia de un involucramiento activo de la sociedad ningún cambio podrá ser sostenible.

La estrategia de APS también contempla un espacio de participación comunitaria materializado en las mesas de diálogo, donde se plantean diversos temas relacionados con la realidad local, además, evalúa la gestión de las USF, otorgando protagonismo a los miembros de la comunidad y favoreciendo la interacción de usuarios y usuarias con los prestadores de servicios sanitarios.

COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS

sección 3

COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS

3.1. DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Los desafíos para la cooperación de la OPS-OMS para el corto mediano plazos se enmarcan en aquellos mas claramente manifestados por los diferentes actores, que de forma concluyente pueden resumirse en los siguientes:

Desafío 16: Abrir el espacio de cooperación a otros actores, de carácter institucional, gremial, científico, de escuelas formadoras, de la sociedad civil y de las instancias políticas, compaginando la cooperación técnica con la abogacía y la coordinación interinstitucional.

Desafío 17: Desarrollar mecanismos de coordinación de la cooperación, mas focalizados, alineados en torno al organismo rector, el MSPyBS, y al Gabinete Social y teniendo como una referencia fundamental el Plan Estratégico Económico y Social.

Desafío 18: Concretar y consolidar Acuerdos y Alianzas interagenciales, tanto a nivel de país como regionales de carácter general, y sobre cuestiones particulares, con la finalidad de intervenir de forma más eficiente y efectiva, fortaleciendo tanto la constitución de mesas temáticas como la restitución de la práctica de la mesa de cooperantes.

Desafío 19: Mantener la transparencia y mejorar la eficiencia en la administración de recursos financieros, ejecución de programas y proyectos de cooperación técnica, mediante el desarrollo de un enfoque de gestión basada en resultados, flexible y con rendición de cuentas al país.

En el terreno de las Oportunidades se consideran, en parte, aquellas remarcadas para el conjunto de procesos técnicos, estratégicos y políticos, anteriormente señaladas, relacionadas con el señalamiento de aprovechar la oportunidad que brinda la instalación de un nuevo periodo político, de características muy diferentes a los anteriores, donde, por encima de los problemas estructurales, se percibe la voluntad de avanzar en los procesos de reforma, aun parcialmente definidos.

A esta oportunidad ha de sumársele la confluencia de periodos de revisión de los procesos de cooperación en los organismos de UN presentes en el país y la decidida apuesta de trabajo conjunto, coordinado o integrado, con las contrapartes institucionales y con instancias de coordinación como el Gabinete Social.

La coordinación de las intervenciones de cooperación da también una oportunidad de colocar en la agenda el abordaje de interculturalidad para satisfacer de forma mas adecuada las necesidades particulares del Chaco paraguayo e, incluso acercarse al desarrollo de intervenciones de carácter transfronterizo y subregional que abarquen al Chaco boliviano y al Chaco argentino.

A su vez, el reconocimiento y caracterización de la problemática tan particular como la de la Triple Frontera plantea la necesidad de dedicar esfuerzos específicos de análisis e investigación, de planteamientos de respuesta y de control y seguimiento de las intervenciones, así como del establecimiento de mecanismos financieros y operacionales, en la búsqueda de un impacto positivo de nivel subregional.

3.2. COOPERACIÓN AL DESARROLLO

3.2.1. Modalidades de cooperación

Cooperación vertical:

En el ámbito de la cooperación bilateral resalta el apoyo recibido por los gobiernos de Alemania, Canadá, China, Corea, España, Estados Unidos de América, Francia, Israel, Japón y el Reino Unido de Gran Bretaña.

En cuanto a la cooperación multilateral, se reconoce al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al Banco Mundial (BM), la Unión Europea (UE), la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Sistema de las Naciones Unidas (UN), a través de sus diferentes agencias y programas.

Cooperación triangular:

En este esquema innovador se han desarrollado y están en ejecución importantes proyectos de cooperación técnica, algunos de ellos realizados con la OPS mediante cooperación técnica en salud entre países (TCC, por su sigla en inglés).

Cooperación birregional:

En este ámbito se ha desarrollado la Cooperación Unión Europea / Mercosur.

Cooperación país – región:

Paraguay se ha beneficiado, bajo esta modalidad, de la cooperación de Alemania, Japón y Francia, mediante los acuerdos entre el Mercosur y la Cooperación Técnica Alemana (GTZ, por su sigla en alemán), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA, por su sigla en inglés) y la Agencia Francesa de Cooperación (AFC), respectivamente.

Cooperación organismos – región:

Se registran cooperaciones directas con el Mercosur desde el BID, la OEA, el Foro de Política Global de las Naciones Unidas y el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social del Brasil (BNDES).

Cooperación horizontal o Cooperación Sur – Sur:

Paraguay se ha beneficiado con ayuda de países como Argentina, Brasil, Chile y México. Es importante mencionar que se han establecido contactos con puntos focales de Bolivia, Colombia y Perú para el desarrollo de futuros programas. Esta modalidad ha tenido resultados sumamente importantes, debido principalmente a la rápida adaptación de los expertos al medio local y la similitud de costumbres e idioma.

3.2.2. Áreas prioritarias

El Paraguay realizó una clasificación en 8 áreas temáticas de cooperación para el periodo 2003-2008:

- educación y cultura;
- competitividad;
- reducción de la pobreza;
- salud;
- recursos naturales y medio ambiente;
- modernización institucional;
- población; y
- turismo.

CUADRO N° 23

COOPERACIÓN BILATERAL RECIBIDA POR AGENCIA Y ÁREA TEMÁTICA (2003/2008)

AREAS TEMATICAS	GTZ	Aecid	JICA	Usaid	ACDI	BID	UE	OEA	IICA
Recursos naturales y medio ambiente	68%	1%	2%	10%		6%		4%	
Modernización del Estado	32%						12%		
Modernización institucional			8%	58%		47%		74%	42%
Reducción de la pobreza		40%			18%		56%	9%	8%
Educación y cultura		54%	23%		4%	16%	23%	2%	
Turismo		4%							
Salud			27%	22%	3%		9%	4%	
Competitividad			40%		75%	31%			50%
Población				10%					
Otros		1%						7%	

Fuente: STP

El nuevo gobierno, coincidiendo con el inicio de un nuevo período de cooperación, elaboró el Plan Estratégico Económico Social 2008/2013, en el que plantea cuatro grandes objetivos estratégicos y constituye a partir de cada uno las cuatro áreas prioritarias de cooperación (Cuadro 24).

CUADRO N° 24

OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO ECONÓMICO Y SOCIAL (2008-2013)

1.Seguir creciendo con mayor generación de empleo y mejor distribución de ingresos sin provocar desequilibrios macroeconómicos ni destruir el medio ambiente.	**2.**Fortalecer las instituciones del Estado para hacer mejores políticas, entregar mejores servicios públicos y ofrecer garantía jurídica a las personas y a las inversiones.
3.Mejorar la inversión social (educación y salud) y focalizar el gasto público en el ataque a la pobreza extrema	**4.**Impulsar el desarrollo económico con la participación de la sociedad civil y el sector privado.

Fuente: Plan Estratégico Económico y Social 2008/2013

El Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013 organiza la cooperación bilateral y multilateral en torno a estas 4 grandes áreas prioritarias (Cuadro 25).

CUADRO N° 25

COOPERACIÓN BILATERAL POR AGENCIAS Y OBJETIVOS DEL PLAN

Cooperación	Objetivos estratégicos			
	1	2	3	4
PNUD	X	X	X	
UE	X	X	X	X
FAO			X	X
UNFPA			X	X
BID		X	X	X
Unesco			X	
Unicef		X	X	
IICA	X			X
OEA	X	X	X	X
OPS/OMS	X		X	
BM	X	X		
Alemania		X	X	
Japón	X	X	X	
España	X		X	
China			X	X
Canadá	X	X	X	X
Corea	X	X	X	
Argentina	X		X	X
Brasil		X		
Chile	X	X	X	X
Colombia	X	X	X	
Cuba			X	X
Italia			X	X
Francia	X		X	
Estados Unidos	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan Estratégico Económico y Social 2008/2013

3.2.3. La cooperacion del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) con el Paraguay

El Marco de la Cooperación de las Naciones Unidas con el Paraguay (Undaf, por su sigla en inglés) expresa los ejes rectores de la cooperacion para el periodo 2007-2011. Fue desarrollado a partir de un documento de evaluación común para el pais, elaborado con representantes del sector público, de la sociedad civil y de las agencias residentes en Paraguay.

El enfoque del Undaf es optimizar los esfuerzos del SNU y del país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El Undaf facilitó cambios en terminos de la organización interna del SNU para ganar en coordinacion y en terminos de adecuacion a las prioridades del pais.

En este sentido, se establecieron tres áreas prioritarias de intervención para el periodo 2007-2011: la gobernabilidad, la pobreza y el medio ambiente y desarrollo sostenible.

Para cada área prioritaria se cuenta con determinados resultados esperados y, aunque existe una estrecha relacion generadora de sinergias entre sí, uno de ellos hace expresa referencia al sector salud (cobertura en salud y de servicios de saneamiento básico ampliadas con focalizacion en los grupos de personas más pobres). Los recursos estimados para el Undaf fueron de aproximadamente 98 millones de dólares norteamericanos (22 millones de ellos con fondos propios del SNU). Para su monitoreo se diseñó un sistema de indicadores de producto y efecto y se previó una Evaluacion Intermedia en 2009, en proceso de ejecución.

Para adaptarse al esquema de prioridades, el sistema creó grupos interagenciales de Gobernabilidad y de Ambiente, y proximante un tercero de Pobreza, todos ellos relacionados con dos grupos transversales: Género y Derechos Humanos.

Para hacer más efectivo el apoyo al SNU se ha considerado la incorporación de un técnico en derechos humanos y de otro para el sistema de compras, que puede venir a facilitar las compras de insumos, no solo del SNU sino también del sistema gubernamental.

3.2.4. La cooperación en el sector de la salud

La cooperación internacional del MSPBS es amplia y variada tanto en las áreas de los proyectos y programas apoyados como en las agencias cooperantes. La mayoría se halla en fase de ejecución y algunas en negociación, con perspectivas de concretarse en breve. Unas pocas ya se han ejecutado en su totalidad.

Las áreas relevantes de la cooperación comprenden el fortalecimiento de la APS; la salud mental; la detección y tratamiento de cánceres (cuello uterino, cánceres infantiles); las acciones contra enfermedades transmisibles como dengue, tuberculosis, lepra, VIH y sida; el fortalecimiento institucional y de capacidades técnicas de áreas especificas (transplante, vigilancia sanitaria, insumos estratégicos, banco de sangre); la capacitación técnica de recursos humanos de enfermería y obstetricia; la construcción y equipamiento de hospitales regionales, distritales y materno infantiles; la expansión del saneamiento básico a comunidades urbanas y rurales; la política de calidad de vida en pueblos indígenas; y la nutrición.

Por su parte, las agencias de cooperación actualmente comprometidas son la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (Aecid); la JICA; la Agencia Coreana de Cooperación Internacional (Koica, por su sigla en inglés); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por su sigla en inglés); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés); el Fondo de Convergencia Estructural del Mercosur (Focem); el Fondo Argentino de Cooperación Horizontal (FO-AR); el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria; la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI); la OPS/OMS; la Unión Europa, la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo con lepra y tuberculosis (DAHW, por su sigla en alemán); el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF); y la Agencia Brasileña de Cooperación Internacional (ABC).

El monto total de aportes supera los 230 millones de dólares norteamericanos. Asimismo, ONG internacionales como Plan Internacional apoyaron la educación de niños, niñas, adolescentes, padres y docentes en VIH y sida.

CUADRO N° 26

APORTES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD (2009)

	Gs	USD
ABC	624.098.300	124.819,66
JICA	6.824.230.000	1.364.846,00
Koica	35.608.765.500	7.121.753,10
Usaid	44.592.799.822	8.918.559,96
OPS/OMS	7.021.989.100	1.404.397,82
UN	2.318.770.000	463.754,00
ACDI	480.200.000	96.040,00
Brasil	1.568.000.000	313.600,00
Plan Paraguay	108.780.000	21.756,00

Fuente: Elaboración propia con base a datos del MSPBS

ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN DE LA OMS/OPS

4 sección

ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN DE LA OMS/OPS

4.1. EL MARCO POLÍTICO DE LA OPS/OMS

4.1.1 Directrices mundiales y regionales

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el SNU. Es responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. La OPS es un organismo internacional de salud pública con 107 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas y actúa como Oficina Regional para las Américas de la OMS. Dentro del sistema interamericano es el organismo especializado en salud.

La agenda de la OMS opera en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación y como los límites de la acción de salud pública se han extendido ahora a otros sectores que también influyen en las oportunidades de acción sanitaria y en sus resultados, la agenda aborda los retos desde una perspectiva integral de seis puntos[12]:

- promover el desarrollo;
- fomentar la seguridad sanitaria;
- fortalecer los sistemas de salud;
- aprovechar las investigaciones, la información y los datos probatorios;
- potenciar las alianzas; y
- mejorar el desempeño.

En la región de las Américas, la agenda estratégica de la OPS, además de concordar con la agenda mundial, responde a la aprobada por los países miembros en la Agenda de Salud para las Américas 2008/2017, que incluye ocho áreas de acción[13]:

- fortalecer la autoridad sanitaria nacional;
- abordar los determinantes de salud;
- aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad;
- disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de ellos;
- reducir los riesgos y la carga de enfermedad;
- fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud;
- aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y
- fortalecer la seguridad sanitaria.

En este contexto, la presente CCS estará guiada por las políticas y prioridades de la cooperación internacional desde una perspectiva mundial y regional, siempre dentro de las estrategias de cooperación del SNU. En Paraguay, esta estrategia está definida en el Undaf[14], así como en la Evaluación Común para el Paraguay[15] (CCA, por su sigla en inglés).

La cooperación bilateral e interregional y la relacionada con acuerdos de integración regional son consideradas por la organización como instrumentos clave a la hora de desarrollar alianzas estratégicas para la introducción de sinergias tanto en los procesos de financiación como en la ejecución de las intervenciones.

12 http://www.who.int/about/es/

13 Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: Presentación de los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio 2007. Washington DC. http://www.paho.org/Spanish/D/HAgenda_Spanish.pdf.

14 Undaf. Marco de Cooperación de las Naciones Unidas con el Paraguay. Ciclo de Cooperación 2007 - 2011

15 Evaluación Común para el País CCA 2007.

En este sentido son consideradas intervenciones en el ámbito del Mercosur (se desarrollan TCC con Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay), y más recientemente y en construcción en la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur).

A escala global son una referencia las orientaciones estratégicas del XI Programa general de Trabajo 2006/2015 y el Plan Estratégico de medio plazo 2008/2013. A escala regional, las referencias correspondientes están contenidas en el Plan Estratégico OPS/OMS 2008-2012 y en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

4.1.2 El rol de la OPS/OMS

La OPS/OMS se rige por una serie de valores, enmarcados de la forma que se observa en el cuadro adjunto.

Su rol en este contexto es el de acompañar el esfuerzo nacional del MSPBS contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad nacional para la sostenibilidad de políticas, planes, programas e instituciones de salud.

4.1.3. Coherencia entre la demanda de cooperación y la oferta

Las orientaciones de la organización y una lectura crítica actual vertidos en este documento se espera que favorezcan:

- que el enfoque de país esté presente en las actividades de cooperación técnica y no sólo el enfoque mundial y regional;
- que este enfoque de país genere nuevos desafíos para la CT de la OPS/OMS:
    - cooperación y no asistencia,
    - estratégica y no puntual o sólo de coyuntura,
    - ordenada por las prioridades y no dispersa en numerosas acciones, sin valor agregado y con poco o nulo impacto,
    - necesidad de adecuar el modelo de gestión de la Representación al CCS;
- que la demanda de cooperación sea múltiple, sectorial y no sectorial, y responda a diversas prioridades, debido a lo cual el programa de cooperación técnica de la OPS/OMS tiene contenidos de toda la salud pública.
- que la oferta de los recursos humanos en la Representación sea la adecuada para dar continuidad e intensidad en procesos claves que aparecen como emergentes y que dominarán la agenda en los próximos años; para atender la demanda de cooperación técnica en relación a la política nacional de recursos humanos en salud y para el control de enfermedades transmisibles, brechas sustantivas sobre las cuales hay que pensar en estrategias para enfrentarlas.

CUADRO N° 27

VISIÓN, MISIÓN Y VALORES DE LA OPS

Valores

Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.

Excelencia: Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.

Solidaridad: Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.

Respeto: Aceptación de la dignidad y diversidad de los individuos, grupos y países.

Integridad: Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

Visión

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

4.2. EL PLAN ESTRATÉGICO 2008 - 2012

El Plan Estratégico 2008/2012 es el instrumento de planificación de más alto nivel de la Organización, aprobado cada cinco años por la Conferencia Sanitaria Panamericana. En él se estipulan los Objetivos Estratégicos de la OPS y los Resultados Previstos de la Oficina Sanitaria Panamericana para cada período. Es el resultado del trabajo de las oficinas de país y los centros panamericanos, así como de las áreas técnicas y administrativas de toda la oficina.

El Plan pretende ser un instrumento transparente que permita a los Estados Miembros comprender qué resultados programáticos se alcanzarán utilizando los recursos -tanto los ordinarios como los provenientes de las contribuciones voluntarias- que ellos y otras entidades puedan proporcionar a la oficina para el período de planificación. También sirve de base para toda la planificación y programación subsiguiente en la organización en el periodo 2008-2012.

Este ciclo de planificación se ha rediseñado incorporando el marco de gestión orientada a la consecución de resultados que permitirá la agregación de los resultados alcanzados en toda la organización. Los resultados e indicadores comunes, establecidos a escala mundial, regional, sub regional y de país, permitirán que la planificación, el seguimiento y la presentación de informes relacionados con el trabajo de la oficina se hagan de manera más simple y transparente.

Los dieciséis objetivos estratégicos, basados en los de la OMS, constituyen el núcleo programático de este Plan y son objetivos comunes para los Estados Miembros de la OPS y para la oficina. Cada Objetivo Estratégico incorpora varios Resultados Previstos a escala Regional (RPR) cuyo logro es responsabilidad de la oficina. Los Objetivos Estratégicos y los RPR son una respuesta a las prioridades de salud pública conocidas de la región, pero son lo suficientemente flexibles para que la oficina pueda responder ante los problemas y las amenazas emergentes a medida que surjan.

La última sección del plan expone la estrategia de ejecución de la oficina, las prioridades programáticas, el financiamiento, y los medios para el seguimiento y la evaluación del desempeño, y la evaluación independiente, así como la presentación de informes a los Estados Miembros sobre los logros alcanzados.

Este Plan Estratégico asume las estrategias de la OMS pues responde al XI Programa General de Trabajo (PGT) de alcance mundial (por conducto del Plan Estratégico a Plazo Medio, PEPM) así como a las estrategias del sistema interamericano, a través de la Agenda de Salud para las Américas. Ambos documentos determinan la dirección estratégica de la OPS y de la oficina.

Además, la oficina también responde con este Plan Estratégico a los mandatos de los Cuerpos Directivos y de otros foros importantes, incluyendo la Declaración del Milenio.

El Plan Estratégico asume también las "6 Funciones Básicas" establecidas por la OMS para la cooperación técnica. De hecho, desde 2008, se clasifican sus gastos por función básica.

CUADRO N° 28

FUNCIONES DE LA OMS

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

La OPS recibe financiamiento procedente de tres fuentes principales:

- el presupuesto ordinario, que comprende las contribuciones señaladas (cuotas) de los Estados Miembros de la OPS más los ingresos varios;
- la proporción de presupuesto de la Oficina Regional para las Américas de la OMS (AMRO, por su sigla en inglés), presupuesto ordinario de la OMS aprobado para la región; y
- los fondos de otra procedencia, que comprenden principalmente las contribuciones voluntarias movilizadas por la OPS o por conducto de la OMS, los fondos generados por el apoyo a los programas y el financiamiento del Fondo Maestro de Inversiones de Capital, entre otras categorías.

CUADRO N° 29

PRESUPUESTO ESTIMADO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE OPS/OMS EN PARAGUAY

(en millones de dólares norteamericanos)

	PB 2006-2007	PB 2008-2009	PB 2010-2011	PB 2012-2013
OPS	333.094.000	347.566.000	682.000.000	743.000.000
OMS	198.018.000	278.501.000		
	531.112.000	626.067.000	682.000.000	743.000.000

4.3. LA OFICINA DE LA OPS/OMS EN PARAGUAY

4.3.1 Breve reseña histórica

Paraguay fue uno de los once países fundadores de la OPS, aunque no ingresó como Estado Miembro sino hasta el 1 de octubre de 1947, en Buenos Aires, con motivo de la formación de su primer Consejo Directivo. En 1967, se instaló una Representación permanente en el país, que desde 1994 funciona con sede propia.

4.3.2 Recursos financieros

El estado de los recursos financieros administrados desde el 2006-07 al 2008-09 y su proyección para 2010-2011 y 2012-2013, se muestra en el Cuadro 30, para cada uno de los tres últimos bienios.

CUADRO N° 30

ESTADO DE RECURSOS FINANCIEROS DE OPS/OMS EN PARAGUAY POR BIENIO

PB	ORIGEN				
	Presupuesto Regular	Contribuciones voluntarias	Fondo subregionales	Total	% ejecución
04-05	*790.522	593.013	867.964	2.251.499	86.9
06-07	*1.103.863	1.132.654	1.051.145	3.287.662	87.8
08-09	**1.125.716	1.238.257	956.429	3.320.402	72.1

* ejecutado ** comprometido

Fuente: PWR Paraguay 2009

4.3.3. Recursos humanos

La Representación de OPS/OMS en Paraguay cuenta con tres áreas principales en materia organizacional: el área Técnica, el área Administrativa y la Unidad de Información.

Área Técnica:

Esta área comprende todos los funcionarios y funcionarias técnicas y sus asistentes, quienes trabajan en función de tres áreas principales: Sistema y servicios de salud, Epidemiología y control de enfermedades y Salud y medio ambiente, las cuales cuentan con el apoyo de doce consultores y consultoras nacionales e internacionales.

Área Administrativa:

Esta área incluye las diferentes unidades, cuyo trabajo facilita la prestación de la cooperación técnica y las gestiones del personal. Está conformada por: Finanzas, Personal, Compras y contrataciones, Servicios generales, Informática, Cursos y seminarios, Programa de publicaciones Paltex, Correspondencia y Archivos.

El área administrativa es responsable de asegurar el adecuado soporte al área técnica para facilitar la entrega de la cooperación técnica al país.

Unidad de Información:

Esta unidad brinda un valioso apoyo al proceso de la cooperación técnica, a través de la difusión del conocimiento científico técnico a los consultores y las consultoras de la OPS/OMS y el acceso automatizado a bases de datos nacionales, regionales y otras.

En términos cuantitativos el equipo de la oficina de la OPS en Paraguay cuenta con treinta y seis trabajadores y trabajadoras con diferentes modalidades contractuales y con la evolución que se presenta en el Cuadro 31.

CUADRO N° 31

PERSONAL DE LA OFICINA DE LA OPS/OMS EN PARAGUAY

Tipo de contrato	Bienio		Bienio		Bienio	
	04	05	06	07	08	09
Internacional	5	5	6	5	6	5
Corto plazo	1	2	3	1	0	1
Nacional	4	4	5	5	5	10
S.Generales	3	3	3	3	3	4
Comisio MSP	15	16	16	16	16	16
Otros	2	1	0	0	0	0
total	30	31	33	30	30	36

4.3.4. Recursos físicos

La Representación de la OPS/OMS en el Paraguay está ubicada sobre una de las principales avenidas de la ciudad de Asunción, capital del país. El edificio cuenta con trece pisos en total, OPS es propietaria del entrepiso, donde están distribuidas la oficina del Representante y las del área técnica y administrativa. Asimismo, la Representación cuenta con un espacio arrendado en la planta baja del mismo edificio, destinado a la Unidad de Información y Paltex.

Infraestructura interna de la Representación:

La mayor parte del personal dispone de una oficina que le permite realizar su trabajo y recibir contrapartes y visitantes. Cada oficina cuenta con una estación de cómputo, una línea telefónica y, en algunos casos, una pequeña mesa para reuniones. No obstante la organización interna y distribución es de escasa funcionalidad debido a las limitaciones de espacio y de infraestructura.

Por otro lado, la Representación de la OPS/OMS en Paraguay cuenta con dos salones de reuniones. Uno de ellos, denominado "Los Seneperos" de 140 m2, permite albergar hasta a 40 personas para llevar a cabo reuniones y actividades de tipo social entre el personal.

Sistema de comunicaciones:

La oficina cuenta con una central telefónica con siete líneas asignadas y dos teléfonos satelitales, destinados a los viajes oficiales dentro del país, principalmente hacia las localidades del Chaco Paraguayo donde los teléfonos celulares no cuentan con señal suficiente.

Recientemente, la Representación adquirió unidades para Internet móvil, para uso de consultores y consultoras y la Administración, con el objetivo de estar permanentemente conectados y poder así dar respuesta oportuna a los requerimientos del país en materia de cooperación técnica.

4.3.5 Movilización de recursos

La evolución en cuanto a la movilización de recursos en los últimos bienios se refleja en el Cuadro 30.

Para el 2009, los montos se han incrementado significativamente, de forma que en lo transcurrido del año, la DGRI ha realizado a la oficina de la OPS en Asunción, 211 solicitudes de Cooperación Técnica, por un monto total de Gs 4.081.011.314, equivalente a aproximadamente USD 815.000. Esta es sólo una parte del monto destinado al período bianual de 2008-2009, que asciende a más de USD 3,4 millones de presupuesto asignado para todos los conceptos y fuentes de financiación, tal como se observa en el Cuadro 32. Sin embargo, debe tenerse siempre en cuenta que este dato presenta variaciones en forma constante pues hace referencia a un conjunto de aportes, que se materializan e incorporan en diferentes momentos.

CUADRO N° 32

PRESUPUESTO DE LA OPS/OMS EN PARAGUAY

Fuentes de financiamiento	Asignado
Fondos Regulares RB	1.526.644
Otras Fuentes OS	1.913.121
Contribuciones Voluntarias	1.913.121
Todas Otras Fuentes	
TOTAL	**3.439.765**

Fuente: AMPES

4.3.6. Organización y funcionamiento

Tanto la estructura organizativa como la funcional están sometidas a un proceso de revisión que culminará en sintonía con los lineamientos y prioridades emanadas de esta herramienta. El CCS debe dar las pautas para armonizar las demandas de la cooperación en salud del Paraguay, con el programa de trabajo de la oficina de la Representación (reflejado en el Sistema de Planificación y Evaluación para la Región de las Américas, Ampes, por su sigla en inglés) y, consecuentemente, con la estructura organizativa y funcional que ha de desarrollar el programa.

El nuevo modelo de la organización esta focalizado en dos tipos de equipos: los Equipos de Proyecto del Ampes o programáticos y los Equipos Trans Organizacionales o interprogramáticos. Hasta este momento, las áreas técnicas se han organizado en torno a cuatro ejes programáticos principales, denominados "proyectos", a los que se une la gestión, por lo que incluyen:

- gestión estratégica y Representación;
- desarrollo de sistemas y servicios de salud;
- desarrollo sostenible y medio ambiente;
- epidemiología (prevención y control de enfermedades); y
- salud familiar y comunitaria.

La coordinación interprogramática ha sido y continuará siendo prioritaria para la Representación, por lo que se promueve el trabajo en equipo y el intercambio de información entre las diferentes áreas técnicas.

Varias áreas de trabajo transversales han sido también identificadas e incorporadas a la estructura de la representación, asignadas a equipos intersprogramaticos, tales como ODM, Laboratorio, atención a poblaciones vulnerables (Chaco Paraguayo), análisis de políticas y prioridades nacionales, entre otras.

El área administrativa desarrolla el trabajo mediante unidades de apoyo en: finanzas y presupuesto; gestión administrativa (correspondencia y archivo, compras y servicios generales); gestión de personal; cursos y seminarios; e informática y publicaciones.

La OPS promueve una organización horizontal orientada al trabajo en equipos. Este enfoque implica la conformación de redes de diferentes disciplinas, guiados por un propósito común y una cultura compartida, para lograr resultados que requieren de un esfuerzo multidisciplinario coordinado.

AGENDA ESTRATÉGICA

5 sección

AGENDA ESTRATÉGICA

La OPS/OMS enfocará su cooperación en una serie de prioridades, definidas a partir de la descripción y análisis desarrollados previamente, y teniendo como referencia el diseño y estado actual de las políticas de salud y las agendas estratégicas gubernamentales y de los organismos de cooperación.

El conjunto de prioridades así obtenidas conforman la base sobre la que se desarrolla la Agenda Estratégica de este CCS. Esta agenda proyecta las intervenciones para el período 2010-2013.

5.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar la perspectiva a mediano plazo sobre las modalidades y enfoques que la Cooperación Técnica de la OPS/OMS ha de tener con el Paraguay, de forma tal que permita el establecimiento de planes, la elaboración de presupuestos y la movilización de recursos para la optimización de la política nacional de salud.

5.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES

La Cooperación de la OPS/OMS se caracterizará por seguir como principios:

- El enfoque de país, sin perder la perspectiva del contexto sub regional, regional y mundial.
- El abordaje de cooperación técnica, y no de "asistencialismo".
- La focalización ordenada por las prioridades, evitando la dispersión de acciones que generan ineficiencia y dudoso impacto.
- El respeto de la legalidad vigente y las normas del país.

5.3. MISIÓN

Para el período 2010/2013, la OPS/OMS se plantea liderar los esfuerzos de la cooperación técnica en el sector salud para impulsar el cambio que implican las políticas públicas de calidad de vida y salud con equidad promovidas por el gobierno.

5.4. EJES TRANSVERSALES

De acuerdo con los componentes planteados en el análisis de contexto y la situación de salud, así como los desafíos y prioridades destacadas por los y las participantes en el transcurso de las entrevistas, existe una importante situación de desigualdad social y de salud, en detrimento de las mujeres, de las poblaciones que viven en áreas rurales y de los pueblos indígenas. Diversos factores desfavorables influyen en esa situación: los costos elevados de la asistencia (la alta participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud), la asistencia inadecuada, la discriminación en los establecimientos de asistencia sanitaria, la información limitada del funcionariado de salud pública, las poblaciones indígenas, las mujeres y las personas jóvenes acerca de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

Por otro lado, un factor clave en la existencia de esas desigualdades es la falta de mecanismos efectivos de participación social que impide a estas poblaciones disponer de los recursos adecuados para participar mejor del cuidado de su salud.

Como consecuencia, las prioridades estratégicas se desarrollarán en concordancia con la Agenda de Salud para las Américas 2008/2017 (donde la equidad en salud esta definida como un eje central), y en el marco de los seis ejes transversales que la OPS ha definido para desarrollar el plan estratégico 2008/2012: derechos humanos, igualdad de género, etnicidad, promoción de la salud, APS y la protección social en materia de salud.

Por tanto, en la ejecución de las líneas de acción definidas para cada estrategia de cooperación, la OPS/OMS incorporará enfoques y actividades en el marco de estos seis ejes, que contribuyan a dar respuestas integrales a las necesidades y prioridades de salud de las poblaciones más excluidas, principalmente las mujeres y los pueblos indígenas.

Equidad en el marco de los derechos humanos

El derecho internacional de los derechos humanos está consagrado en tratados y convenios internacionales vinculantes y ofrece un marco para formular y evaluar las estrategias relacionadas con la salud que abordan sus factores socioeconómicos determinantes. También es útil para aclarar las responsabilidades y las obligaciones de los diferentes interesados y directos involucrados tales como los ministerios de salud, los parlamentos, el órgano judicial, las defensorías de derechos humanos y las organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) establece que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (art. 25).

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados con el goce de la salud y el bienestar está protegido por los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos del Sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, todos firmados y ratificados por Paraguay.

CUADRO N° 33

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Sistema de las Naciones Unidas	Sistema interamericano
Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), 1948	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ley 5/92	Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) o Pacto de San José de Costa Rica, ley 1/89
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), ley 4/92	Protocolo adicional a la CADH en materia de derechos económicos, sociales y culturales o Protocolo de San Salvador, ley 1040/97
Convención internacional sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación Racial (CEDR), ley 2128/03	Protocolo adicional a la CADH relativo a la pena de muerte, ley 1557/00
Convención internacional sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por su sigla en inglés), ley 1215/86	Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belém do Pará, ley 605/95
Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (CAT, por su sigla en inglés), ley 69/90	Convención interamericana para prevenir y sancionar la Tortura, ley 56/90
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ley 57/90	Convención interamericana sobre la desaparición forzada de personas, ley 933/96
Convención internacional para la protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (CPTM), ley 3452/08	Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, ley 1925/02
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ley 3540/08	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay. Derechos Humanos en Paraguay 2009

Igualdad de género

Los roles de género y las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres interactúan con otros determinantes sociales y económicos de la salud, lo que produce como resultado modelos diferentes y a veces desiguales en la exposición al riesgo para la salud, en el acceso y uso diferencial de atención, servicios e información de salud.

Mediante la resolución CD46.R16 (2005), el Consejo Directivo de la OPS solicitó a los Estados Miembros y a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana que:

- implementen la Política en materia de Igualdad de Género, en colaboración con otros sectores pertinentes del gobierno, el SNU y el sistema interamericano y los interesados directos de la sociedad civil;
- generen y analicen datos desglosados por sexo y otras variables pertinentes;
- incluyan, según corresponda, en las cuentas nacionales de salud indicadores sobre el valor del tiempo no remunerado que dedican los hombres y mujeres a la atención de cuidados de salud en el hogar, en relación al gasto total del sistema de asistencia sanitaria;
- incorporen la perspectiva de la igualdad de género, según corresponda, en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas así como también actividades de investigación y capacitación;
- se esfuercen por lograr la paridad entre los sexos en materia de contratación y desarrollo de la carrera profesional, incluyendo el empleo en el nivel de toma de decisiones;
- fomenten y apoyen la participación activa de los hombres adultos y niños en los programas encaminados a lograr la igualdad de género en salud.

Etnicidad

Con relación al tema de etnicidad, la población de la región de las Américas presenta una amplia diversidad de herencias y ascendencias culturales, que varían según los países. Algunos son numéricamente muy significativos, como los pueblos indígenas (aproximadamente 50 millones) y los afrodescendientes (entre 150 y 200 millones), sumados representan cerca del 25% de la población total de la región. Se ha documentado abundantemente que estos pueblos presentan brechas desfavorables e injustas en sus condiciones de vida, de salud y en el acceso a los servicios.

La discriminación debido a su pertenencia étnica es un determinante social de la salud que impacta tanto en el estado de su salud como en su acceso a los servicios de atención, información y prevención. Los sistemas de información tampoco destacan suficientemente las variables étnicas y culturales, lo que dificulta el desarrollo de estrategias apropiadas para intervenir sobre los daños a la salud de estos grupos.

Entre los principales mandatos internacionales y regionales se destacan:

- el Convenio Nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (C169), de 1989, ratificado por ley 234/93;
- la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia o Conferencia de Durban, de 2001;
- la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, de 2007; y
- las resoluciones CD37.R5 de 1993, CD40.R6 de 1997 y CD47.R18 de 2006, del Consejo Directivo de la OPS, sobre Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud es una estrategia a escala mundial para lograr mejor salud y bienestar para hombres y mujeres de todas las poblaciones —en especial las más marginadas— que resulta integradora, multisectorial, basada en la población, participativa y relacionada con el contexto y que funciona en diferentes niveles. Los compromisos con la equidad y la justicia social, el respeto de la diversidad cultural y la aplicación de métodos participativos y colaborativos ayudarán a mejorar la salud de la población, a alcanzar el desarrollo de la comunidad y al lograr la atención primaria de salud y la conservación del medio ambiente.

En las resoluciones CD43.R11 (2001), CD47.R20 (2006) y WHA60.24 (2008) se reafirma el compromiso de la OPS y de la OMS con la promoción de la salud como una prioridad de salud y estrategia principal para poner en práctica las recomendaciones de la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y de otras conferencias internacionales, nacionales y regionales. Las resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS, EB117.R9 y EB124.R6 recalcan la importancia de vigilar la repercusión de las políticas y programas en las inequidades de salud y de abordar los factores determinantes sociales de la salud.

Atención primaria de la salud

La APS ha sido uno de los movimientos más influyentes en la salud pública en los últimos cincuenta años. Los datos probatorios internacionales indican que los sistemas de salud basados en una orientación marcada hacia la APS obtienen resultados de salud mejores y más equitativos, son más eficientes, sus costos son menores, pueden lograr mayor satisfacción de los usuarios y las usuarias y son adaptables a una gama amplia de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

Los sistemas de salud de las Américas pueden fortalecerse con una importancia renovada en el logro de la salud para todos y todas mediante la APS y para eso es importante asegurar que las políticas de salud contribuyan a generar ambientes más sanos y que se incorporen otras políticas sectoriales al ámbito de la salud pública tales como las que definen agua potable, saneamiento ambiental y limpieza publica. De ese modo, la APS renovada debe contribuir para que se logre la salud en todas las políticas. Igualmente, se requiere definir mejor el rol del sector salud en la APS con vistas a obtener buena gobernanza con liderazgo participativo e inclusivo.

Mediante la resolución CD44.R6, el Consejo Directivo solicitó a los Estados Miembros y a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana que integraran los principios de la APS en el establecimiento de los sistemas de salud para afrontar los desafíos en materia de salud, entre otros la consecución de los ODM. Más tarde, la OPS/OMS aprobó la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de APS y ratificó los conceptos y recomendaciones que figuran en un documento de posición de la OPS/OMS sobre la misma. Este compromiso con APS obtuvo mayor apoyo aún durante la Conferencia Internacional sobre la APS: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio.

Más recientemente, la OMS presentó una justificación abrumadora para asignar mayor importancia al desarrollo y el fortalecimiento de la APS en todos los países, abogando por una renovación mundial de la APS, mediante una serie de reformas para mejorar la equidad en materia de salud, hacer que los sistemas de salud estén centrados en las personas, lograr que las autoridades sanitarias sean más confiables y promover y proteger la salud de las comunidades. La 62ª Asamblea Mundial de la Salud ratificó en octubre del 2009 la resolución acerca de la APS propuesta por el Consejo Ejecutivo.

Protección social en materia de salud

Una política de protección social en materia de salud (PSS) se lleva a la práctica por conducto de mecanismos aplicables institucionalmente que abarcan una o cada una de las siguientes dimensiones: ampliación de la cobertura/disponibilidad de recursos y servicios de salud técnicamente apropiados; fomento de la demanda adecuada y del uso de los recursos y servicios de salud; y suministro de protección financiera por medio de la solidaridad en la redistribución de los recursos y la cobertura conjunta de los riesgos.

En el 2002, los ministros de salud de las Américas aprobaron la resolución CSP26.R.19, que solicitaba a la OPS/OMS y a la OIT la difusión del marco conceptual y metodológico que caracterizaba la exclusión social en materia de salud y que apoyaran a los países en sus esfuerzos para ampliar la PSS. En julio de 2007, todos los ministros de salud de los países iberoamericanos se comprometieron a luchar contra la exclusión de los servicios de salud y a ampliar los planes de PSS al firmar el Consenso de Iquique.

5.5. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Las intervenciones consideradas prioritarias para el periodo de este CCS han sido seleccionadas mediante un proceso consultivo llevado a cabo por un equipo mixto de trabajo MSPBS y OPS/OMS, en el que han participado representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales y organismos de cooperación bilateral y multilateral, así como grupos sociales y gremios relacionados con el sector.

La priorización se ha realizado sobre la base del esquema de líneas prioritarias definido en el Plan Estratégico del MSPBS y se ha organizado en torno a los desafíos identificados en el proceso consultivo, desarrollándose seis prioridades como respuesta a los desafíos en salud y una como respuesta a los desafíos en el ámbito de la cooperación.

PRIORIDAD 1

Desarrollo de cambios estructurales transectoriales, que prioricen la salud como derecho humano y bien social, garantizado por el Estado, con enfoque de igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social, en función de la calidad de vida.

PRIORIDAD 2

Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de Salud, con enfoque de determinantes sociales y mediante la organización de los servicios en red.

PRIORIDAD 3

Incorporación de las políticas de salud en el desarrollo social sostenible.

PRIORIDAD 4

Desarrollo de los recursos humanos en una perspectiva normativa, de gestión de la formación y de gestión del trabajo.

PRIORIDAD 5

Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en el registro de estadísticas vitales, de información epidemiológica y medición de desigualdades, así como de investigación y de comunicación para la gestión del conocimiento, orientados a la toma de decisiones.

PRIORIDAD 6

Atención a factores de riesgo y determinantes sociales de enfermedades con alta carga epidémica, tanto transmisibles como no transmisibles y desatendidas, que afectan la salud familiar y comunitaria.

PRIORIDAD 7

Desarrollo y fortalecimiento de la OPS/OMS como organismo de excelencia en el Paraguay para la cooperación técnica en salud, mediante el ejercicio de sus mandatos con liderazgo, responsabilidad y rendición de cuentas.

Cada prioridad se ha expresado en una ficha, en la cual, además de establecer su relación con los desafíos (D) planteados en el documento y con el Plan estratégico de la OPS y sus dieciséis objetivos (OE), se detallan su justificación, los focos de intervención de la OPS para apoyar su desarrollo y los indicadores principales a utilizar para medir esa contribución. También se relacionan esas intervenciones con el tipo de apoyo a prestar, a través de las seis funciones básicas de la OMS.

PRIORIDAD 1	Desafíos (D)	OE
Desarrollo de cambios estructurales transectoriales, que prioricen la salud como derecho humano y bien social, garantizado por el Estado, con enfoque de igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social, en función de la calidad de vida	D1: Elaborar y desarrollar planes nacionales, basados en el análisis de política, la planificación estratégica y la creación de mecanismos efectivos de participación social.	11
	D2: Desarrollar un nuevo marco jurídico que permita regular la financiación, y extender la cobertura de las prestaciones en el marco de la protección social y los derechos de los usuarios y que cree los mecanismos para asegurar el cumplimiento de la reglamentación.	14
	D3: Desarrollar abordajes que garanticen el derecho a la salud, desde la perspectiva de los determinantes sociales-calidad de vida, promoviendo acciones intersectoriales desde los territorios sociales e instancias gubernamentales de articulación de la política social, para afrontar las inequidades. Transversalizar los enfoques de derecho a la salud, igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social; en las políticas, planes estratégicos, programas, proyectos y servicios de salud.	7

Justificación

A partir del análisis desarrollado y del relevamiento de datos obtenido, es posible identificar los elementos justificativos de carácter técnico más significativos:

- La segmentación en la cobertura de riesgos, quedando importantes grupos sociales excluidos de prestaciones de seguridad social.
- La necesidad de introducir cambios estructurales en el sistema y en el sector, solo posibles con un ejercicio fuerte de la capacidad rectora.
- La necesidad de desarrollar políticas de financiamiento para intervenir la exclusión social en salud.

Un desarrollo equitativo de los servicios de salud en un proceso de descentralización, participación y gestión social es de importancia estratégica para la Representación de la OPS/OMS en el país (PWR, por su sigla en inglés), ya que los productos que se diseñen para apoyar esta prioridad van a impulsar los cambios reales (estructurales) en el país, requiriendo de una participación activa y de alto nivel de la institución y de encaje con las políticas regionales.

El Programa Emblema de la Política Social (Paraguay *Saso Pyahu*) aborda los cambios estructurales, marcados para el 2011, refiriéndose expresamente a la universalidad de los servicios de salud. El documento de elaboración del Plan Estratégico del MSPBS brinda una especial relevancia al diseño de un esquema organizativo del ministerio que esté relacionado con los cambios propuestos, por un lado, y con la estructura presupuestaria, por otro, y como extensión, en el ámbito de la financiación. Queda la preocupación del bajo porcentaje del PIB dedicado al sub sector publico de la salud y la consiguiente necesidad de acometer estudios consistentes de costes y viabilidad de las propuestas de reforma.

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Cooperación técnica con el fin de fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para desempeñar su función rectora; mejorar el análisis y la formulación de políticas, la regulación, la planificación estratégica y la ejecución de los cambios en los sistemas de salud; y aumentar la coordinación intersectorial e interinstitucional en los niveles nacional y local.

b. Planes de desarrollo institucional para mejorar el desempeño de los mecanismos de financiamiento.

c. Apoyo por medio de la cooperación técnica para reducir la exclusión social y ampliar la protección social en materia de salud, fortaleciendo los seguros públicos y sociales, y los programas y estrategias de ampliación de la cobertura.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c
FB1. Proporcionar liderazgo.	×	×	×
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.			
FB3. Fijación de normas y estándares.	×		
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.			
FB5. Asistencia técnica.			
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.			

Indicadores

- Marco regulatorio actualizado.
- Mecanismos de financiamiento definidos.
- Propuesta de financiación para universalización de la cobertura de la protección social.

2

PRIORIDAD 2	Desafíos (D)	OE
Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de Salud, con enfoque de determinantes sociales y mediante la organización de los servicios en red.	D3: Desarrollar abordajes que garanticen el derecho a la salud, desde la perspectiva de los determinantes sociales-calidad de vida, promoviendo acciones intersectoriales desde los territorios sociales e instancias gubernamentales de articulación de la política social, para afrontar las inequidades. Transversalizar los enfoques de derecho a la salud, igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social; en las políticas, planes estratégicos, programas, proyectos y servicios de salud.	7
	D4: Superar las barreras de acceso a los servicios de salud y a los productos médicos y tecnologías sanitarias, y disminuir las inequidades profundas existentes en este terreno, de carácter geográfico, cultural y social, con un énfasis en las relacionadas con genero y etnicidad	12
	D5: Mejorar sustancialmente la calidad de la atención, a través del aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria, de la mejora en el rendimiento de los hospitales, de una mejor organización de las urgencias y de una más efectiva coordinación entre niveles asistenciales y redes de atención.	10
	D6: Organizar los servicios públicos de forma eficiente, en red, con carácter de integración y con un modelo único de gestión y atención, aplicado mediante un proceso de descentralización a las Regiones Sanitaria	12

Justificación

Del análisis realizado se extraen los elementos justificativos de carácter técnico y estratégico más significativos:

- Fragmentación de los servicios de salud, con escasos niveles de calidad.
- La ausencia de un modelo único, definido, consensuado y explícito.
- La problemática de organización de los servicios en áreas especiales (Chaco paraguayo y Triple Frontera).

La falta de coordinación en el suministro de medicamentos e insumos médicos es de Importancia estratégica para las autoridades nacionales, como una de las líneas a seguir para transformar el sistema. La determinación de políticas claras y la asignación de recursos para el fortalecimiento del sistema de salud basado en la APS representan un desafío inaplazable en la agenda de salud de Paraguay. La estrategia promocional para la calidad de vida y salud con equidad, contenida en el documento de "Políticas Publicas" plantea la estrategia de APS como aquella que debe nuclear el desarrollo del SNS y sobre la que deben instalarse las "redes" de prestación de servicios, construidas a partir de territorios sociales básicos, donde el tratamiento intersectorial y la participación sean elementos fundamentales para su delimitación. De idéntica manera, el documento de redacción del Plan Estratégico del MSPBS identifica 5 objetivos estratégicos, cuyo desarrollo se asienta sobre la estrategia de la APS.

En el proceso de elaboración de este documento, a través de reuniones, entrevistas y consultas de documentación, se ha señalado de forma mayoritaria la APS como la estrategia a seguir para superar los graves problemas de fragmentación y segmentación señalados previamente, y para avanzar en la construcción de mecanismos de protección social. Las intervenciones planteadas en esta prioridad van a venir a incidir positivamente en el sector y se espera que la estrategia de APS favorezca las políticas de protección social, la puesta en marcha de la política nacional de salud indígena y la articulación (política y operativa del área social en el Plan Nacional de Desarrollo Social).

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios en un modelo único de red, que incluya proveedores públicos y privados.
b. Promoción del acceso equitativo a los servicios de salud basados en la APS y a los productos médicos y tecnologías sanitarias.
c. Apoyo a intervenciones de APS sobre territorios específicos (Chaco Paraguayo y Triple Frontera) y/o grupos vulnerables (comunidades indígenas y esfera materno-infantil) con la estrategia de APS con las particularidades que la caracterización epidemiológica determine.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c
FB1. Proporcionar liderazgo.	×		
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.			
FB3. Fijación de normas y estándares.	×		
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.			
FB5. Asistencia técnica.	×	×	×
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.			

Indicadores

- Integrado un enfoque intercultural en la elaboración de políticas y sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.
- Reorganizados los programas por ciclo de vida con enfoque de APS.

3

PRIORIDAD 3	Desafíos (D)	OE
Incorporación de las políticas de salud en el desarrollo social sostenible.	D7: Mejorar las capacidades de preparación, respuesta y recuperación frente a las situaciones de emergencias y desastres, tanto para la gestión de riesgos como para la reducción de la vulnerabilidad, así como para la coordinación de actores.	5
	D8: Controlar los riesgos ambientales y ocupacionales, mediante la elaboración e implementación de planes medioambientales, su consideración en la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de la promoción de la salud	6 8
	D9: Trazar e implementar una política de seguridad alimentaria, que aborde las necesidades nutricionales a lo largo del ciclo de vida, adopte mecanismos de prevención para los grupos más vulnerables y de reducción de factores de riesgo y promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables y que cree instrumentos para el control de los alimentos.	9

Justificación

El análisis previo permite identificar los desafíos que justifican las necesidades de transformación de las políticas ambientales y de la consideración que han de tener los programas y necesidades de salud en ese subsector:

- Necesidad de aplicación de estrategias integradas, completas, multisectoriales y multidisciplinarias de promoción de la salud.
- Inseguridad alimentaria por la falta de control y vigilancia.
- Vigilancia ambiental y de los efectos como la intoxicaciones de sustancias químicas,
- Bajas coberturas de agua y saneamiento
- Emergencias ocasionadas por el clima cada vez más recurrentes.

Si bien el documento de “Políticas Publicas para la calidad de vida y salud con equidad” no dedica un apartado especifico a la salud ambiental, sí considera de forma preeminente la promoción de la salud, al asignarle categoría de “Estrategia promocional” de la equidad en calidad de vida y salud, y al establecer metas de indiferencia cero ante los problemas de empleo de sustancias psicoactivas, de seguridad vial, de accidentes y violencia, y al trasladar la problemática intersectorial del agua y saneamiento al ámbito de la APS.

Al igual que con la necesidad de colocar la APS como uno de los ejes de la reforma y de considerar la problemática de los recursos humanos como decisiva en la selección de prioridades, se ha identificado en las reuniones, entrevistas y consultas llevadas a cabo, como fundamental la necesidad de desarrollar acciones de protección medioambiental y de promoción para garantizar la salud de la población.

El Programa 21, aprobado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002) y los ODM constituyen el marco internacional de políticas necesario para la acción.

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Cooperación técnica para el fortalecimiento de planes y programas para situaciones de emergencia, la reducción de riesgos y la recuperación de las poblaciones afectadas.

b. Cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes para abordar los factores sociales y económicos

determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.

c. Refuerzo del liderazgo del sector salud para promover un entorno más sano y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud

d. Fortalecimiento de la vigilancia de las necesidades, así como la evaluación de las respuestas en la esfera de la seguridad alimentaria, la nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c	d
FB1. Proporcionar liderazgo.	×		×	
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.				
FB3. Fijación de normas y estándares.		×		
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.				
FB5. Asistencia técnica.	×	×	×	×
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.				×

Indicadores

- Planes operativos de la red de promoción de salud elaborados.
- Plan de intervención para el abordaje de los determinantes de la salud formulados.
- Políticas prioritarias del sector del agua potable identificadas.
- Plan de adaptación de la salud frente al cambio climático formulado.
- Guía para vigilancia intersectorial de ETA en alimentos de origen vegetal elaborada.

PRIORIDAD 4	Desafíos (D)	OE
Desarrollo de los recursos humanos en una perspectiva normativa, de gestión de la formación y de gestión del trabajo.	D10: Impulsar una reforma profunda del mercado de trabajo de los RRHH de la salud, que permita garantizar la disponibilidad de personal de personal de salud suficiente, con la formación adecuada a los procesos de reforma y a los principios de la APS, con unas condiciones de trabajo dignas y la motivación necesaria para un ejercicio productivo del trabajo.	13

Justificación

Los principales elementos de justificación identificados hacen referencia a:

- Las deficiencias en el registro nacional de recursos humanos.
- La casi ausencia de regulación de el ejercicio profesional en salud.
- La necesidad de transformación profunda de la gestión del trabajo.
- La desregulación de las instituciones formadoras y el bajo perfil del INS en la materia.
- La ausencia de datos fiables y de estudios útiles para la planificación.

La problemática de los recursos humanos como una prioridad ha sido señalada en el documento de “Políticas Publicas para la calidad de vida y salud con equidad”, que establece los principios generadores para una política nacional de recursos humanos en salud, donde se abordan las acciones a emprender por el gobierno y se deja establecido que se trata de uno de los pilares estratégicos del nuevo SNS. Es también la base del capítulo de desarrollo institucional incluido como una de las cinco estrategias fundamentales del Plan Estratégico del

MSPBS (en proceso de elaboración), en el que se detallan de forma particular la carrera sanitaria, la protección social de los trabajadores y las trabajadoras y el impulso del INS para el ejercicio de la rectoría en la formación de recursos humanos, para el desarrollo de una nueva institucionalidad acorde a las políticas públicas definidas en el documento de calidad de vida y salud con equidad.

En el proceso de elaboración de este documento, a través de reuniones, entrevistas y consultas de documentación, encontramos la problemática de los recursos humanos como una de las más señaladas, casi al mismo nivel que la necesidad del desarrollo de la APS y es que, en definitiva, no sería posible la puesta en marcha y desarrollo de esa estrategia sin una reforma del diseño operativo, de las condiciones de trabajo y de formación de los y las profesionales que han de prestar la atención en los servicios de salud.

Las intervenciones planteadas en esta prioridad van a venir a incidir positivamente en colocar al Paraguay en el proceso de cambio para acometer el alcance de algunas de metas regionales de los Desafíos de Toronto.

Focos de intervención de la OPS/OMS

Las intervenciones de la OPS/OMS en Paraguay para contribuir en esta prioridad se enmarcan en el Objetivo Estratégico n° 13 del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, definido como "Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios" y se materializará mediante las siguientes intervenciones:

a. Cooperación técnica para elaborar planes y políticas de recursos humanos en salud y para desarrollar el conocimiento en esa materia y su sistema de información.
b. Desarrollo de instrumentos para mejora de la gestión de los recursos humanos de la salud.
c. Fortalecimiento de las instituciones y programas formativos para adecuarlos a las necesidades y mejorando las capacidades en salud pública y en gestión de los cuadros directivos.

Este apoyo complementara y será coordinado con otros proyectos de intervención coincidentes temporalmente, como los financiados por Aecid y Focem.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c
FB1. Proporcionar liderazgo.	×		
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.			
FB3. Fijación de normas y estándares.		×	×
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.			
FB5. Asistencia técnica.		×	×
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.	×		

Indicadores

- Observatorio de recursos humanos del Paraguay, integrado en la Red sub regional de observatorios de recursos humanos.
- Desarrollo normativo fundamental de la Ley de Carrera Sanitaria completado.
- Convenio entre universidades públicas y privadas y el MSPBS para la introducción de los contenidos docentes revisados y orientados a las necesidades de la reforma bajo la óptica estratégica de la APS.

PRIORIDAD 5	Desafíos (D)	OE
Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en el registro de estadísticas vitales, de información epidemiológica y medición de desigualdades, así como de investigación y de comunicación para la gestión del conocimiento, orientados a la toma de decisiones.	D11: Producir datos fiables que generen información y permitan aumentar la capacidad analítica y faciliten la toma de decisiones, mediante la introducción de sistemas de información integrados entre si y de bajo coste y de programas de investigación sobre cuestiones de interés nacional	11 12
	D12: Incorporar la gestión del conocimiento y las estrategias basadas en las tecnologías de la información a los procesos de aprendizaje y de análisis y difusión de la información.	11

Justificación

La información que maneja el MSPBS en su calidad de ente rector del SNS es dispersa, insuficiente y poco fiable. Esto se constituye en un obstáculo a la hora del manejo, tanto de situaciones de emergencia, como de la planificación, por lo que resulta fundamental contar con un sistema confiable, que vaya desde las estadísticas hasta las de producción de servicios.

El fortalecimiento de los sistemas de información en salud permea los documentos de "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad" y el de "Planificación Estratégica 2009-2013" del MSPBS, en el sentido de reconocer que sin una información adecuada, fiable y oportuna difícilmente se pueden tomar decisiones correctas y evaluables.

Fortalecer la extensión y nivel de calidad de los sistemas de información del sector salud es una necesidad y un reto a afrontar en los próximos años. Esta realidad ha sido reconocida explícitamente por el grupo de expertos y muchas de las agencias e instituciones entrevistadas en el proceso de elaboración del presente documento. El MSPBS está desarrollando el plan estratégico de fortalecimiento del Sinais, integrado recientemente en la nueva Digies, que está coordinando el desarrollo de todos los subsistemas de información y va a requerir un fuerte apoyo técnico de la OPS/OMS.

El Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS en su objetivo estratégico 11 contempla la necesidad de "Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud" señalando que la producción de datos, información y conocimientos de buena calidad para la planificación y la toma de decisiones es de importancia capital para lograr dicho objetivo.

El Plan Estratégico de la Digies está en consonancia con los postulados de la Red métrica en salud (HMN) y el peso de Paraguay en esa red es cada día mayor.

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Cooperación técnica en el marco de la gestión del conocimiento, para mejorar los sistemas de información sanitaria, especialmente estadísticas vitales, a escalas regional y nacional, aumentando el acceso equitativo, la difusión y la utilización de información, conocimientos y evidencias sobre la salud, destinados a la toma de decisiones.

b. Cooperación técnica para fomentar la investigación en áreas prioritarias, incluida la investigación sobre sistemas de salud e investigación operativa, bajo principios éticos.

c. Cooperación técnica para recoger, compilar y analizar datos sociales y económicos pertinentes para la salud en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c
FB1. Proporcionar liderazgo.			
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.	×	×	×
FB3. Fijación de normas y estándares.			
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.			
FB5. Asistencia técnica.			
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.			

Indicadores

- Sistema nacional de información de salud con indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo disponible.
- Informes que incorporan datos de salud desagregados a nivel subnacional para analizar y hacer el seguimiento de la equidad en materia de salud publicados.
- Procesos para fortalecer la cobertura y calidad de sus sistemas de información de salud ejecutados.
- Iniciativas tendientes a fortalecer la apropiación, producción y uso de los resultados de investigación para fundamentar las políticas y prácticas utilizadas por Paraguay.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud monitoreados por el Estado.

6

PRIORIDAD 6	Desafíos (D)	OE
Atención a factores de riesgo y determinantes sociales de enfermedades con alta carga epidémica, tanto transmisibles como no transmisibles y desatendidas, que afectan la salud familiar y comunitaria.	D13: Mantener e incrementar las capacidades de detección y control de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes, de enfermedades desatendidas y de enfermedades zoonóticas y otras enfermedades transmisibles de importancia en el país por su carácter epidémico o endémico	1 2
	D14: Crear mecanismos a través de la comunicación social y los servicios de salud para prevenir y disminuir la morbi mortalidad y la discapacidad ocasionada por enfermedades crónicas no transmisibles , por los trastornos mentales y los de la violencia y los traumatismos, particularmente los relacionados con la seguridad vial.	3
	D15. Prestar una especial atención a la mejora de la salud en las etapas clave de la vida, facilitando la aplicación de recursos para la atención de la madre, el bebé recién nacido, el niño y la niña y los y las adolescentes y jóvenes.	4

Justificación

El documento de “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” establece indiferencia cero para las enfermedades infecto-parasitarias y crónico-degenerativas y sus factores de riesgo y determinantes sociales.

La alta proporción de población pobre y mayormente afectada por enfermedades transmisibles en Paraguay, exige liderazgo técnico, capacidad gerencial, un sistema de vigilancia confiable para la prevención y control de las enfermedades transmisibles y zoonóticas. Las personas

expertas consultadas en el proceso de elaboración del presente documento enfatizaron la alta incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, como, por citar los problemas más repetidos: las ITS, la tuberculosis y el dengue. Hay reducción en las coberturas de vacunación para todos los biológicos, especialmente entre grupos vulnerables.

Es necesario construir una línea de base de prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Los datos existentes con respecto a las enfermedades crónicas, discapacidades y deficiencias visuales y auditivas son insuficientes. La situación de los pacientes internados por problemas psiquiátricos es insostenible y requiere una reforma en profundidad.

Es prioritaria la formulación de políticas públicas y su cumplimiento para el abordaje de los accidentes de tránsito, un problema sensible y percibido como de abordaje inaplazable por todas las instituciones y expertos consultados. Es prioritario abogar por el cumplimiento de la Ley contra la violencia doméstica y mejorar la respuesta multisectorial a las víctimas.

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Cooperación técnica para aumentar al máximo el acceso equitativo de todas las personas a vacunas de calidad garantizada, incluyendo productos y técnicas de inmunización nuevos y subutilizados, así como el fortalecimiento de los servicios de inmunización y su integración en las intervenciones de APS.

b. Cooperación técnica para ofrecer a toda la población el acceso a intervenciones de prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles desatendidas, entre ellas las enfermedades zoonóticas.

c. Cooperación técnica para que el país se dote de medios de detección, contención y respuesta eficaz respecto de las principales enfermedades epidémicas y pandemiógenas (como la influenza, el dengue, la meningitis, la fiebre amarilla y las fiebres hemorrágicas).

d. Cooperación técnica para actividades de prevención, tratamiento, apoyo y atención para el VIH y el sida, la tuberculosis y la malaria, que incluyan métodos innovadores para aumentar la cobertura de las intervenciones entre las personas en condiciones de pobreza y las poblaciones vulnerables y de difícil acceso, con enfoque de género, así como para mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad, medios de diagnóstico y otros productos.

e. Cooperación técnica para aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades, elaborando y ejecutando políticas y programas multisectoriales poblacionales, integrando la prevención, tratamiento y rehabilitación en la red de servicios de salud.

f. Cooperación técnica para aumentar la capacidad de vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades, como componentes de un sistema integral de vigilancia e información sanitaria.

g. Cooperación técnica a fin de que el país adquiera la capacidad mínima requerida por el Reglamento Sanitario Internacional para establecer y fortalecer sistemas de alerta y respuesta para su uso en epidemias y otras emergencias de salud pública de trascendencia internacional.

h. Cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c	d	e	f	g	h
FB1. Proporcionar liderazgo.					×			
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.								
FB3. Fijación de normas y estándares.			×					
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia								
FB5. Cooperación técnica.	×	×	×	×	×			
FB6. Vigilancia de situación sanitaria y evaluación de tendencias.			×			×	×	×

Indicadores

1. El país ha adoptado programas o estrategias para la vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades tropicales desatendidas.
2. El país cuenta con planes nacionales de preparación y procedimientos operativos estandarizados para los equipos de respuesta rápida contra la gripe pandémica
3. Paraguay ejecuta intervenciones y estrategias para el control del dengue de acuerdo con las guías de la OPS/OMS.
4. Paraguay provee tratamiento profiláctico con antirretrovirales por lo menos a 80% de las mujeres embarazadas que se estima son VIH positivas.
5. Paraguay ha establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método Pan Am STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos.
6. En el país se están ejecutando planes nacionales multisectoriales para la prevención de la violencia interpersonal y por razones de género, en consonancia con las directrices de la OPS/OMS.
7. En Paraguay se está ejecutando un plan nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas de acuerdo con el enfoque integrado de la OPS de la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimenticio y la actividad física.

PRIORIDAD 7	Desafíos (D)	OE
Desarrollo y fortalecimiento de la OPS/OMS como organismo de excelencia en el Paraguay para la cooperación técnica en salud, mediante el ejercicio de sus mandatos con liderazgo, responsabilidad y rendición de cuentas.	D 16: Mantener la transparencia y mejorar la eficiencia en la administración de recursos financieros, ejecución de programas y proyectos de cooperación técnica, mediante el desarrollo de un enfoque de gestión basada en resultados, flexible y con rendición de cuentas al país	15 16
	D 17:: Abrir el espacio de cooperación a otros actores, de carácter institucional, gremial, científico, de escuelas formadoras, de la sociedad civil y de las instancias políticas, compaginando la cooperación técnica con la abogacía y la coordinación interinstitucional	
	D18. Desarrollar mecanismos de coordinación de la cooperación, más focalizados, alineados en torno al organismo rector, el MSPBS, y al Gabinete Social y teniendo como una referencia fundamental el Plan Estratégico Económico y Social.	
	D 19: Concretar y consolidar acuerdos y alianzas interagenciales, tanto a escala de país como regionales de carácter general, y sobre cuestiones particulares, con la finalidad de intervenir de forma más eficiente y efectiva, fortaleciendo tanto la constitución de mesas temáticas como la restitución de la práctica de la mesa de cooperantes.	

Justificación

Actualmente la manifestación política de cambios estructurales fortalece la ubicación de la salud en un contexto de derechos, lo que plantea la necesidad de que la OPS/OMS supere estrategias y modelos de gestión de la cooperación técnica limitados en ejes programáticos sin visión extrasectorial y aborde sus relación con el país basándose en ejes transversales explícitamente identificados tanto en las prioridades nacionales como las de la cooperación internacional.

Las fortalezas de la OPS/OMS en el país tienen bases sólidas desde hace varios años y están identificadas en la capacidad para acompañar al MSPBS en la formulación, ejecución y evaluación de sus estrategias y planes de salud, acompañamiento que se hace evidente con el permanente apoyo técnico y financiero. La Agenda de Salud opera en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación y, como los límites de la acción de salud pública se han extendido ahora a otros sectores que también influyen en las oportunidades de acción sanitaria y en sus resultados, profundizar los procesos de cooperación técnica para atender la necesidad de introducir cambios estructurales en la organización sanitaria nacional es un imperativo y hay que tener competencias para que la cooperación en salud trascienda al ministerio de referencia. Fortalecer su rol como organismo rector implica el desarrollo de capacidades y competencias para llegar con procesos de cooperación técnica eficaces también a entidades gubernamentales relacionadas con las políticas públicas de protección y promoción de la niñez y la adolescencia, de la mujer, de las poblaciones indígenas y de otros grupos vulnerables, así como acciones de asistencia social, regulaciones en el desarrollo de recursos humanos insertos en la función pública y otros aspectos de desarrollo social y económico que influyen en la dinámica de país.

En Paraguay, por lo menos los siguientes Ministerios y Secretarías Ejecutivas con rango de Ministerios están envueltos en la cooperación técnica de la OPS/OMS: MEC, MRE, MOPC, MAG, Secretaría General y Gabinete Social de la Presidencia de la República, SMPR, SFP, SNNA, SEAM e INDI.

De la misma manera, la cooperación internacional en salud se ha modificado en cuanto a la multiplicidad y cualidades de los actores, lo que genera un enorme potencial para el país pero con

un riesgo de fragmentación y orientación no deseada de acciones de cooperación o asistencia técnica. Tanto en el entorno nacional en el contexto de instituciones relacionadas con el desarrollo social, como en el entorno de entidades internacionales que operan en el Paraguay, dentro o fuera del SNU, es explícita la necesidad de liderazgo y gobernanza de los procesos de cooperación internacional en salud y el reconocimiento para que sea OPS/OMS, como agencia especializada de las Naciones Unidas y del sistema interamericano, quien asuma el rol de coordinación.

Particular importancia adquieren los procesos de integración sub regional (Mercosur y Unasur), centrados en aspectos de salud pero con una clara dimensión extrasectorial y consecuente extensión al trabajo de cooperación no sólo con los grupos de trabajo de salud, sino también de otros ámbitos sociales y económicos. El Paraguay aparece en el contexto sudamericano como uno de los socios con mayores necesidades para recibir cooperación técnica, y aplicando criterios de equidad y panamericanismo, algunos de los instrumentos de cooperación de la OPS/OMS, como el PTB Sub regional y los TCC, claramente deberían estar direccionados a reducir estas brechas.

Finalmente, la capacidad de gestión de los procesos administrativos y financieros de la Representación debe ser objeto de análisis y reformulación profundas para poder atender un rol muy protagónico que aparece como ineludible en el requerimiento nacional. Alineado con el recientemente aprobado Plan Estratégico 2008/2012 (modificado), la Representación debe ir hacia una gestión basada en resultados como el principio operativo esencial para mejorar la eficacia, la eficiencia, la responsabilidad y la rendición de cuentas.

Focos de intervención de la OPS/OMS

a. Desarrollar estrategias de cooperación técnica para cumplir el mandato de impulsar en el Paraguay las agendas de salud mundial, de las Américas, de Unasur y del Mercosur.

b. Consolidar la presencia efectiva de la OPS/OMS en el Paraguay para ejecutar la Estrategia de Cooperación 2010/2013 alineada a la estrategia y plan de salud nacional y coordinada con las otras agencias y programas de las Naciones Unidas en el país, así como de la mesa de cooperantes.

c. Ejecutar reformas importantes en el proceso de planificación, gestión y evaluación de la OPS/OMS en su dimensión nacional, regional y mundial, en concordancia con el Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas.

Relaciones entre los focos de intervención y las funciones básicas de OMS

↓Funciones básicas — Focos de intervención→	a	b	c
FB1. Proporcionar liderazgo.	×	×	×
FB2. Generación, traducción y difusión del conocimiento.			
FB3. Fijación de normas y estándares.		×	×
FB4. Uso de opciones de ética y políticas basadas en la evidencia.			
FB5. Asistencia técnica.	×		
FB6. Vigilancia de la situación sanitaria y evaluación de tendencias.			

Indicadores

- Iniciativas de liderazgo y de gestión en marcha.
- Estrategia de Cooperación de País 2010/2013 en ejecución
- Planes de Trabajo Bienales (PTB) 2010/2011 y 2012/2013 elaborados, ejecutados y evaluados conjuntamente con la autoridad nacional y otros socios.
- Modelo de gestión de la Representación reformulado para mejorar el apoyo administrativo, la infraestructura física y equipo de informática.
- Ejecución de por lo menos el 90% de los fondos programados en los PTB.

IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA

sección 6

IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA

6.1. IMPLICACIONES PARA LA REPRESENTACIÓN EN PARAGUAY

La agenda estratégica señala las intervenciones para el periodo y debe guiar las actividades y tareas a ser desarrolladas en el esquema de programación del Ampes para los dos próximos bienios.

Tiene por lo tanto implicaciones para la organización del trabajo de la Representación, que ha de adaptarse de la forma más equilibrada posible a los requerimientos y necesidades puestos en evidencia en el proceso de configuración de la agenda y debe responder con sus actividades de forma fundamental a las prioridades aquí establecidas. Asimismo, la estructura organizativa y funcional de la Representación de la OPS/OMS debe ajustarse en la medida de lo posible a los requerimientos y a las necesidades puestas en evidencia para el período.

En este sentido, aparece como relevante el peso que en la priorización tiene el proceso de reforma y las expectativas de cambios y consecuentemente las intervenciones orientadas a las políticas y planes y a estrategias relacionadas con sistemas y servicios de salud y con el refuerzo institucional, fundamentalmente en el área de los recursos humanos, en detrimento del relevamiento de patologías y riesgos.

Cada prioridad está por lo tanto ligada, por un lado, a los desafíos planteados y a los objetivos estratégicos del Plan Estratégico de la OPS/OMS, y, por otro, a los focos de intervención que han de guiar las intervenciones (productos y servicios) de la programación para el bienio 2010/2011 que hayan de ser desarrolladas.

Entonces, cada una cuenta con implicaciones al momento de definir necesidades y recursos, y el conjunto de ellas orientan la estructura organizativa y el funcionamiento de la oficina para el futuro.

Durante el proceso desarrollado se han puesto en evidencia implicaciones de diferente naturaleza: las hay de carácter eminentemente técnico, ligadas estrechamente a la reorientación de estrategias y a la definición de proyectos, tanto para las instituciones nacionales, como para la OPS/OMS, y las hay de carácter administrativo o de soporte, para dar cobertura por parte de la OPS/OMS, precisamente, a las implicaciones técnicas.

PRIORIDAD 1

Desarrollo de cambios estructurales transectoriales, que prioricen la salud como derecho humano y bien social, garantizado por el Estado, con enfoque de igualdad de género, interculturalidad, participación y gestión social, en función de la calidad de vida.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

Esta prioridad tiene una especial importancia estratégica para la PWR, ya que los productos y servicios que se pongan en marcha para apoyar esta prioridad van a venir a impulsar los cambios estructurales en el país y ello va a requerir una participación activa y de alto nivel de la institución, tanto en la Representación en Paraguay, como en los niveles sub regionales y regionales.

Varias acciones orientadas a esta prioridad fueron identificadas ya en la misión del área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS, por su sigla en inglés) desarrollada en marzo de 2009, figurando entre los productos a desarrollar y consolidar en el periodo 2010/2013. Entre esas acciones, se encuentra el apoyo a los cambios normativos relacionados con la cobertura en seguridad social, la protección social, la financiación de los servicios, el régimen laboral de los trabajadores y las trabajadoras de salud y, en definitiva, el desarrollo de la Ley 1032/96.

Los focos de intervención planteados para esta prioridad guardan estrecha relación con los objetivos estratégicos del Plan Estratégico de la OPS /OMS y consecuentemente con los Resultados Esperados en este Plan para la salud de las Américas. Por ello, la PWR-Paraguay ha de contar en su estructura con las unidades técnicas que le permitan hacer frente a los desafíos planteados.

Actualmente, el desarrollo de esta prioridad encaja en el Proyecto de la PWR de Sistemas y Servicios de Salud (Proyecto 2), que deberá contar con una unidad técnica orientada a apoyar el desarrollo de las Políticas Públicas, Regulación y Financiamiento, cuya función ha de ser la de "fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria para desempeñar su función rectora, mejorar la formulación de políticas, la regulación y la ejecución de cambios en los sistemas de salud para extender la protección social en salud, con financiación equitativa y sostenible, priorizando los grupos vulnerables".

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 1, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE 7 OE 11 OE 14	D1 D2 D3	**Prioridad 1**	RECTORÍA	Políticas Públicas, Regulación y Financia-miento	2 Sistemas y Servicios de Salud
			FINANCIACIÓN		
			PROTECCIÓN SOCIAL		

PRIORIDAD 2

Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de Salud, con enfoque de determinantes sociales y mediante la organización de los servicios en red.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

Esta prioridad significa también una importancia estratégica para la PWR, ya que en ella confluyen varias de las estrategias apoyadas por la OPS/OMS: la renovación de la APS, la construcción de redes integradas de servicios y la lucha contra la exclusión social, además de algunas de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Fue asimismo un elemento identificado como crucial en la misión de HSS de marzo de 2009, figurando entre los productos a desarrollar y consolidar en el periodo 2010/2011 y cuyo proceso de trabajo ya se ha iniciado. Entre esas acciones, se encuentran las concernientes al apoyo a la implementación de la APS, a la integración de programas y al modelo organizativo, orientado al proceso descentralizador en regiones de salud.

Actualmente, el desarrollo de esta prioridad estaría situado en el Proyecto de la PWR de Sistemas y Servicios de Salud (Proyecto 2), que deberá contar con las unidades técnicas necesarias para dar respuesta a las demandas en este ámbito.

El peso dado a esta área en este proceso marca un incremento de las necesidades de recursos humanos y de capacidad de maniobra de la misma (ya la prioridad 1 tiene su espacio de trabajo en esta área). Se desarrollaran tres unidades técnicas para dar cobertura a los focos de intervención que han sido identificados para esta prioridad:

- Servicios de Salud, con la función de "apoyar a la autoridad sanitaria para mejorar el liderazgo y la gobernabilidad del sector salud, con el objetivo de fortalecer las capacidades de organización y gestión de las instituciones y las redes de prestación de servicios para un óptimo desempeño".
- Atención Primaria de Salud, con la función de "apoyar a la autoridad sanitaria para mejorar el liderazgo y la gobernabilidad del sector salud con el objetivo de lograr cobertura universal y una organización de los sistemas de salud basados en la APS".
- Medicamentos, Tecnología e Investigación, con la función de "apoyar procesos de formulación y seguimiento de políticas nacionales para el acceso, calidad y uso racional de los suministros esenciales de salud pública (medicamentos, hierbas medicinales, productos sanguíneos, servicios de diagnóstico y tecnologías de salud)".

En este sentido será preciso aumentar las capacidades de gestión del área, incrementando los recursos humanos adscritos a la misma, con al menos un técnico local, orientado fundamentalmente a la unidad de APS.

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 2, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE7 OE10 OE12	D3 D4 D5 D6	Prioridad 2	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	Atención Primaria de Salud	2 Sistemas y Servicios de Salud
			CHACO PARAGUAYO Y TRIPLE FRONTERA		
			RED DE SERVICIOS DE SALUD	Servicios de Salud	
			MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	Medicamentos y Tecnología	

PRIORIDAD 3

Incorporación de las políticas de salud en el desarrollo social sostenible.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

Se ha presentado el carácter de estratégico, casi al mismo nivel de la APS con que se ha caracterizado la problemática relacionada con los determinantes ambientales, así como la necesidad de promover el desarrollo sostenible.

El abordaje trans-sectorial de esta área y su relación estrecha con la promoción de la salud, por un lado, y con la supervisión y control del agua y los alimentos, por otro, le confiere una naturaleza especial, al ser objeto de desafíos crecientes y de frecuentes eventualidades (emergencias y desastres) que terminan afectando e interrelacionándose con el resto de áreas de trabajo (servicios, recursos humanos, epidemiología, etc.). Todo ello le otorga cierto aspecto de transversalidad, que debe ser tenido en cuenta a la hora no sólo de estructurar las unidades técnicas en la organización de la OPS/OMS, sino también en los equipos interprogramáticos y las relaciones entre proyectos.

Actualmente, el desarrollo de esta prioridad esta situado en el Proyecto de la PWR de Ambiente y Desarrollo Sostenible (Proyecto 3), constituyendo un área específica, que deberá contar con las unidades técnicas necesarias para dar respuesta a las demandas correspondientes.

Para dar cobertura a los focos de intervención identificados en la agenda estratégica, se desarrollarán cuatro unidades técnicas:

- Emergencias y Desastres, con la función de "reducir las consecuencias para la salud de las emergencias y desastres, crisis, conflictos, y minimizar su impacto social y económico".
- Entornos y Estilos de Vida Saludable, con la función de "mejorar la salud y el desarrollo de la población, orientando estrategias de promoción que permitan mejorar los ambientes y estilos de vida saludables".
- Salud Ambiental, con la función de "desarrollar políticas, planes y programas dirigidos a atender los principales factores ambientales que afectan la salud de la población".
- Seguridad Alimentaria y Nutricional, con la función de "mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo a la salud pública y el desarrollo sostenible".

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 3, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE5 OE6 OE8 OE9	D7 D8 D9	Prioridad 3	EMERGENCIAS Y DESASTRES	Emergencias y Desastres	3 Ambiente y Desarrollo sostenible
			PROMOCIÓN DE LA SALUD	Entornos y Estilos de Vida Saludable	
			SALUD AMBIENTAL	Salud Ambiental	
			SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Seguridad Alimentaria y Nutricional	

PRIORIDAD 4

Desarrollo de los recursos humanos en una perspectiva normativa, de gestión de la formación y de gestión del trabajo.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

El MSPBS ha dado un paso importante para avanzar en el cumplimiento de esta agenda al crear la DGERHS con el propósito de impulsar los cambios institucionales, al separar la gestión administrativa de los recursos humanos del propio ministerio, de la planificación y la gestión estratégica de la formación y de la fuerza de trabajo.

Al mismo tiempo las acciones ya emprendidas para la "desprecarizacion" del trabajo con el paso a situación permanente de más de 5000 trabajadores y trabajadoras reiteradamente temporales y la política de concursos públicos para la cobertura de puestos de trabajo (inicialmente para las nuevas USF) indican que la voluntad política de transformaciones es real.

No obstante, los cambios más significativos sobre el mercado de la formación (modificación curricular de grado y posgrado) y sobre el mercado del trabajo (régimen jurídico, modalidades de contratación, planificación del acceso), de carácter mas estructural, requieren de procesos normativos y de legislación nueva, que precisan no sólo de voluntad política en el MSPBS, sino de un consenso más amplio y de una proceso más complejo.

A pesar de ello, también ha sido relevante el señalamiento de que es ahora la oportunidad de acometer estas reformas y que el MSPBS estaría en capacidad, con los apoyos pertinentes, de transitar ese camino.

La DGERHS ha ido configurando un equipo de trabajo, todavía por completarse, con el cual es posible articular procesos de cooperación técnica que permitan una colaboración fructífera para el desarrollo de los recursos humanos propuesto. En este sentido, la OPS/OMS puede y debe prestar apoyo desde una posición de refuerzo de sus capacidades para dar real carácter de prioridad a esta área.

Al igual que el MSPBS ha creado la DGERHS, la OPS/OMS debe consolidar la posición de consultor de recursos humanos en Paraguay, como expresión del refuerzo institucional demandado y para acometer con mayores garantías los procesos de mayor envergadura venideros, de desarrollo de la carrera sanitaria, de implementación de un sistema de registro de profesiones moderno y homologable en el área del Mercosur, de puesta en marcha y desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos, de adecuación de los contenidos docentes y pedagógicos a la estrategia de la APS renovada, de regulación de instituciones formadoras, de capacitación de gestores en salud publica y servicios de salud y, en definitiva, de planificación de los recursos humanos.

La Oficina de la Representación de la OPS/OMS en Paraguay ha incluido ya en su estructura, como parte del Proyecto de Sistemas y Servicios de Salud, una Unidad Técnica de Recursos Humanos, con la función expresa de "promover la elaboración de planes, políticas y reglamentos en materia de recursos humanos en el nivel nacional, con el fin de mejorar los procesos de gestión y el desempeño de los sistemas de salud sobre la base de APS y el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio".

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 4, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE 13	D10	Prioridad 4	POLÍTICA DE RRHH	RRHH	2 Sistemas y Servicios de Salud
			INSTITUCIONES Y PROGRAMAS FORMATIVOS		
			GESTIÓN DE RRHH Y CARRERA SANITARIA		

PRIORIDAD 5

Fortalecimiento del sistema de información, con énfasis en el registro de estadísticas vitales, de información epidemiológica y medición de desigualdades, así como de investigación y de comunicación para la gestión del conocimiento, orientados a la toma de decisiones.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

Fortalecer la extensión y nivel de calidad de los sistemas de información del sector salud es una necesidad y un reto a afrontar en los próximos años. En este sentido, se está desarrollando el proyecto de fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais), convertido recientemente en dirección general, que está coordinando el desarrollo de todos los subsistemas de información. El Sinais, en cualquiera de sus componentes (aunque se ha realizado una mención especial del de estadísticas vitales, por su relevancia más allá del sector salud) se perfila como uno de los grandes retos de carácter interprogramático de desarrollo instrumental a ser apoyados desde la OPS/OMS.

Las cuestiones reflejadas en esta prioridad adquieren también un carácter interprogramático, por cuanto tanto la información como el conocimiento o la investigación, atados a sus soportes tecnológicos, se convierten en instrumentos para el desarrollo del resto de las áreas de trabajo.

Esta relación estrecha con el resto de áreas, requiere de un tratamiento nuevo por parte de la OPS/OMS, dándole una importancia cada vez mayor a cuestiones actualmente relegadas, tales como la comunicación social, la visibilidad y la organización y monitoreo de los propios procesos internos (técnicos y administrativos). En este sentido, se promoverá la disposición de un nuevo recurso humano, de carácter local, que apoye a la organización en el trazado de un Plan de Comunicación Social y a apoyar al personal técnico en las relaciones internas, la visibilidad de las intervenciones y la difusión del conocimiento.

El desarrollo de esta prioridad se ha situado en el Proyecto de Política y Gestión Estratégica de la Representación de la OPS/OMS en el Paraguay (Proyecto 1), adscrito a la propia representación por su carácter estratégico, si bien con conexiones con las demás áreas de trabajo, y que deberá contar con las unidades técnicas necesarias que permitan dar cobertura a los focos de intervención identificados en la agenda estratégica:

- Gestión del Conocimiento, Información y Comunicación en Salud, con la función de "desarrollar acciones estratégicas para favorecer el proceso de toma de decisiones de cooperación técnica, mediante el establecimiento de espacios de discusión técnica basados en una plataforma informática en Internet e Intranet que permita compartir y comunicar datos, información, conocimiento individual, colectivo e institucional, así como comunicar planes y políticas de cooperación técnica".
- Investigación, con la función de "planificar y coordinar todas las actividades en materia de investigación e innovación tecnológica que la Representación de OPS/OMS Paraguay desarrolle en el país y apoyar la elaboración de planes de Investigación y Desarrollo Tecnológico, así como de Programas y Proyectos de Investigación y procedimientos éticos que le sean solicitados, impulsando la difusión y transferencia tecnológica e investigadora de interés regional, en consonancia con la política de investigación de la oficina de la OPS/OMS".

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 5, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR: Unidades	PWR-PAR: Proyecto
OE 1 OE 3 OE 6 OE 7 OE 11	D11 D12	**Prioridad 5**	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	Gestión del conocimiento e Información	1 Política y Gestión Estratégica de la Representación
			SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
			INVESTIGACIÓN	Investigación	

PRIORIDAD 6

Atención a factores de riesgo y determinantes sociales de enfermedades con alta carga epidémica, tanto transmisibles como no transmisibles y desatendidas, que afectan la salud familiar y comunitaria.

Implicaciones institucionales y para la PWR Paraguay:

En el proceso de priorización con los actores sociales, las necesidades percibidas o sentidas marcan una diferencia con las necesidades determinadas por los indicadores de morbilidad y mortalidad, en el sentido de no percibir en su dimensión real aquello que no se manifiesta en el momento, de forma intensa o evidente. Es por ello que el peso de la priorización se ha dirigido hacia las políticas y los aspectos organizativos y de gestión, en detrimento de los problemas específicos de salud y de los riesgos para la misma.

No obstante los problemas relacionados con la vigilancia de la salud y el abordaje de riesgos, como el de la pandemia de influenza A (H1N1), han sido puestos en realce, así como el papel jugado por la OPS/OMS en este campo, revelando su rol de árbitro y actor principal de cooperación técnica, en este tipo de eventualidades.

No obstante, la apreciación realizada sobre la ponderación entre prioridades, la PWR-Paraguay ha desarrollado en los últimos años una estructura bastante orientada a dar cobertura a la lucha contra grupos de enfermedades, grupos de riesgos y poblaciones vulnerables, que será preciso mantener, al haber logrado un nivel de eficiencia y reconocimiento considerables.

Actualmente, el desarrollo de esta prioridad esta situado en los Proyectos de la PWR de Epidemiología y Control de Enfermedades (Proyecto 4), y de Salud Familiar y Comunitaria (Proyecto 5), constituyendo dos áreas específicas que deberán contar con las unidades técnicas necesarias para dar respuesta a las demandas existentes. Sus Focos de Intervención, identificados en la agenda estratégica, serán asistidos por varias unidades técnicas, como:

- Enfermedades Transmisibles, con la función de "fortalecer la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles para disminuir el impacto de las mismas y minimizar el efecto de brotes epidémicos".
- Enfermedades No Transmisibles, con la función de "fortalecer la vigilancia y el control de las enfermedades no transmisibles para disminuir el impacto de las mismas".
- Zoonosis, con la función de "fortalecer la vigilancia y el control de las zoonosis para disminuir el impacto de las mismas. Impulsar el trabajo interinstitucional para integrar la respuesta a las mismas".
- Vacunas e Inmunizaciones, con la función de "apoyar la abogacía y el fortalecimiento institucional para desarrollar un programa nacional de vacunación que permita alcanzar la meta de vacunación del 95% con todos los biológicos en todos los municipios del país, con calidad y equidad".
- Salud Sexual y Reproductiva, con la función de "generar políticas y programas de salud que favorezcan una vida sexual sana, el desarrollo adecuado del binomio madre-hijo desde el momento de la concepción y reduzcan la morbi-mortalidad materna e infantil".
- Atención Integral de la Niñez y la Adolescencia, con la función de "promover el fortalecimiento de los servicios de salud, a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que permita la aplicación de intervenciones eficaces e integrales para reducir la morbilidad y mortalidad y asegurar el mejoramiento de la salud a los largo del ciclo de vida, con énfasis en las necesidades de salud de los niños y adolescentes".

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 6, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE1 OE2 OE3 OE4	D13 D14 D15	**Prioridad 6**	VIGILANCIA DE LA SALUD	Enfermedades Transmisibles	4 Epidemiología y Control de Enfermedades
			ENF. TRANSMISIBLES		
			ENF. NO TRANSMISIBLES	Enfermedades No Transmisibles	
			ZOONOSIS	Zoonosis	
			INMUNIZACIONES	Vacunas e Inmunizaciones	5 Salud Familiar y Comunitaria
			SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Salud Sexual y Reproductiva	
			ATENCIÓN INTEGRAL POR CICLOS DE VIDA	Atención Integral de la Niñez y la Adolescencia	

PRIORIDAD 7

Desarrollo y fortalecimiento de la OPS/OMS como organismo de excelencia en el Paraguay para la cooperación técnica en salud, mediante el ejercicio de sus mandatos con liderazgo, responsabilidad y rendición de cuentas.

Implicaciones para la PWR Paraguay:

Actualmente, el desarrollo de los contenidos referenciados en esta prioridad, salvo los administrativos, se encuentran dispersos en las diferentes áreas de trabajo, demandando una supervisión más directa y específica y una importancia creciente, en relación con los aspectos de comunicación hacia fuera y hacia dentro, de la propia OPS/OMS y del SNU.

Por otra parte, el territorio de la cooperación regional en diferentes versiones (TCC, Mercosur, Unasur, Triple Frontera, etc.) es progresivamente más demandante y requiere concentrar las acciones ahora dispersas en el organigrama de la Representación.

El desarrollo de esta prioridad se ha situado en el Proyecto de Política y Gestión Estratégica de la Representación de la OPS/OMS en el Paraguay (Proyecto 1), adscrito a la Representación. Sus focos de intervención, identificados en la agenda estratégica, serán atendidos por varias unidades técnicas, tales como:

- Administración, con la función de "desarrollar las acciones operativas para la entrega de la cooperación técnica según lo planificado por los proyectos técnicos de la Representación. Apoya en la preparación, aprobación y ejecución del presupuesto, manteniendo la eficiencia, transparencia, rendiciones de cuenta y costo-efectividad".
- Proyectos Sub regionales, con la función de "coordinar acciones estratégicas y de cooperación técnica del Paraguay en el ámbito del Mercosur, Unasur y Proyectos de Cooperación Técnica entre Países (TCC), con la finalidad de movilizar recursos en apoyo a las políticas sanitarias nacionales

El cuadro siguiente establece la relación de la Prioridad 6, por el lado de los insumos, entre los Objetivos Estratégicos de la OPS (OE) y los Desafíos (D), y, por el lado de las implicaciones, entre los Focos de Intervención y la organización en unidades y proyectos de la Representación.

OE	Desafíos	Prioridad CCS	Focos de intervención OPS	PWR-PAR Unidades	PWR-PAR Proyecto
OE15 OE16	D16 D17 D18 D19	Prioridad 7	UNASUR, MERCOSUR, TCCs	Proyectos Subregionales y relaciones con NNUU	1 Política y Gestión Estratégica de la Representación
			NNUU		
			ADMINISTRACIÓN	Administración	

NECESIDADES DE UNIDADES TÉCNICAS

Tras las necesidades apuntadas, la oficina de la representación en Paraguay debe ser capaz de responder a las necesidades de 18 Unidades Temáticas (además de la Administración), reforzando su dotación de recursos humanos (nacional e internacional), actualmente muy limitada tanto a nivel de técnicos (13), como de asistentes (3) para el conjunto de proyectos.

La restructuración en ese sentido de recursos humanos ha de ir de la mano de las condiciones de trabajo, considerando que la actual infraestructura ya no es suficiente de la forma adecuada para el personal actualmente trabajando, y lo será, por lo tanto, menor en el futuro, convirtiéndose en un impedimento para satisfacer las necesidades de crecimiento de la organización.

CUADRO N° 34

UNIDADES DE LA PWR PARAGUAY POR PROYECTOS Y PRIORIDADES CCS

N°	Prioridad CCS	PWR-PARAGUAY	
		Unidades	Proyectos
1	7	Administración	1 Política y Gestión Estratégica de la Representación
2		Proyectos Subregionales y relaciones con NNUU	
3	5	Gestión del conocimiento e Información	
4		Investigación	
5	1	Políticas Públicas, Regulación y Financiamiento	2 Sistemas y Servicios de Salud
6	2	Atención Primaria de Salud	
7		Servicios de Salud	
8		Medicamentos y Tecnología	
9	4	Recursos Humanos	
10	3	Emergencias y Desastres	3 Ambiente y Desarrollo
11		Entornos y Estilos de Vida Saludable	
12		Salud Ambiental	
13		Seguridad Alimentaria y Nutricional	
14	6	Enfermedades Transmisibles	4 Epidemiología y Control de Enfermedades
15		Enfermedades No Transmisibles	
16		Zoonosis	
17		Vacunas e Inmunizaciones	5 Salud Familiar y Comunitaria
18		Salud Sexual y Reproductiva	
19		Atención Integral de la Niñez y la Adolescencia	

6.2. IMPLICACIONES PARA LA OPS

La Oficina Regional desempeñará una función esencial de orientación y apoyo para la ejecución de la Agenda Estratégica, mediante:

- Identificación de prácticas regionales y experiencias de salud pública
- Promoción para la participación del Paraguay en eventos regionales y mundiales
- Facilitación de la cooperación de otros países
- Fortalecimiento de la participación del Paraguay en ámbitos sub-regionales (MERCOSUR – UNASUR – TCCs)
- Captación de recursos adicionales para la ejecución de la Agenda Estratégica
- Incorporación de los asesores regionales con la perspectiva de fortalecer el equipo nacional de la PWR
- Orientación clara sobre normas y procedimientos administrativos
- Apoyo para la implementación del Plan de Desarrollo de la PWR

6.3. IMPLICACIONES PARA LA OMS

La OMS desempeñará una función esencial de orientación y apoyo para la ejecución de la Agenda Estratégica, mediante:

- La promoción de la participación de Paraguay en foros y espacios mundiales de producción e implementación de políticas y estrategias de salud
- La orientación de acciones de política y actividades técnicas con la provisión de normas y estándares en asuntos claves para la salud pública
- La coordinación, articulación y canalización de sus acciones de cooperación con el Paraguay en total acuerdo a la Agenda Estratégica y por medio de la Oficina Regional y de la PWR-PAR

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

2010
2013

Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con la República del Paraguay

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud