Machine Translated by Google

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 667

POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL CORRESPONDIENTE AL PERÍODO 2019-2023.

Asunción, 26 de diciembre de 2019

VISTO:

La necesidad de contar con un Plan Estratégico Institucional (PEI) que oriente las acciones para el período comprendido entre el 2019 y el 2023; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional, en el Artículo 68, garantiza que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Que por medio de los Decretos Leyes N°s. 2000/36 y 2001/36, respectivamente, se crea el Ministerio de Salud y adopta la Ley Orgánica de Salud Pública, responsabilizándose al Ministro de la organización del Servicio Sanitario de la República.

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, establece en el Artículo 3° que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social; y en el Artículo 6°, que los "*los planes y programas de salud y bienestar social deberán elaborarse de acuerdo con los objetivos, políticas y estrategias globales del desarrollo económico y social de la Nación*".

Que el Decreto N° 21376/98 en su Artículo 5° dice: "*Salud Pública, como institución, se constituye en el ente rector de la política sanitaria nacional y, como tal, tiene la responsabilidad de apoyar la conducción del Sistema Nacional de Salud en base a una sólida capacidad normativa, de planificación y de decisión, que le posibilite identificar prioridades, controlar la gestión pública y privada en salud, promover recursos humanos capacitados y tecnología apropiada según niveles de atención, asegurar una financiación adecuada, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, formalizar la participación intersectorial, regional y local, armonizar las políticas gubernamentales en la lucha contra la pobreza, la enfermedad y la inequidad, con miras a lograr la salud para todos como centro eje del desarrollo humano y sostenible*".

Que el Decreto N° 4541/2015 aprueba la Política Nacional de Salud, la cual tiene como Estrategia 4: "*Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos*", que entre sus líneas de acción apunta a una planificación presupuestaria de acuerdo con las características regionales y locales propias, que busque el afianzamiento de las Redes de Servicios de Salud.

Que el plan estratégico es una herramienta de gestión, que posibilita fijar metas a corto, mediano y largo plazo, cuyos objetivos estratégicos permiten elaborar estrategias y programas que promuevan la mejora continua de las actividades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social,

Que la Misión y Visión del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, las cuales han sido adecuadas a las actuales políticas y perspectivas de desarrollo económico y social de la institución a través de la Resolución S.G. N° 52/14, son transversales a los objetivos de la institución y se expresarán en las intervenciones y estrategias del PEI.

Machine Translated by Google

Poder Ejecutivo
Executive Branch
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Ministry of Public Health and Social Welfare
Resolución S.G. Nº 667

POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI) DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL CORRESPONDIENTE AL PERIODO 2019-2023.

WHEREBY THE INSTITUTIONAL STRATEGIC PLAN (PEI) OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL WELFARE CORRESPONDING TO THE PERIOD 2019-2023 IS APPROVED.

26 de diciembre de 2019
De diciembre de 2019
Página Nº 02/02
Page No 02/02

Que, acorde a lo preceptuado por la Constitución Nacional en el Artículo 242 - De los Deberes y de las Atribuciones de los Ministros – los mismos son los jefes de la administración de sus respectivas carteras, en las cuales, bajo la dirección del Presidente de la República, promueven y ejecutan la política relativa a las materias de su competencia.

That, in accordance with the provisions of the National Constitution in Article 242 - Duties and Powers of Ministers – they are the heads of the administration of their respective portfolios, in which, under the direction of the President of the Republic, promote and execute the policy related to matters within their competence.

Que el Decreto Nº 21376/98, artículos 19, y 20 numerales 6 y 7, establece que al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social corresponde ejercer la administración general de la Institución y le asigna como funciones específicas la de dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones.

That Decree No. 21376/98, articles 19, and 20 numerals 6 and 7, establishes that the Minister of Public Health and Social Welfare is responsible for exercising the general administration of the institution and assigns him as specific functions that of issuing Resolutions that regulate the activity of the various programs and services, regulate their organization and determine their functions.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. Nº 2344 de fecha 23 de diciembre de 2019, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

That the General Directorate of Legal Advice, according to Opinion A.J. No. 2344, dated December 23, 2019, has issued its favorable opinion to the signing of this Resolution.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales,

THEREFORE, in the exercise of its legal powers,

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

THE MINISTER OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL WELFARE
RESOLVES:

Artículo 1º. Aprobar el Plan Estratégico Institucional (PEI) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social correspondiente al período comprendido entre el 2019 y el 2023, cuyo contenido se adjunta a la presente Resolución.

Article 1. Approve the Institutional Strategic Plan (PEI) of the Ministry of Public Health and Social Welfare corresponding to the period between 2019 and 2023, the content of which is attached to this Resolution.

Artículo 2º. Disponer su ejecución en todas las dependencias y servicios de la Institución.

Article 2. Order its execution in all the dependencies and services of the Institution.

Artículo 3º. Derogar todas las disposiciones anteriores que se contrapongan a lo establecido por esta Resolución.

Article 3. Repeal all previous provisions that contradict what is established by this Resolution.

Artículo 4º. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

Article 4. Communicate to whom it may concern and, once complied with, file.

DR. JULIO DANIEL MAZZOLENI INSFRÁN
MINISTRO

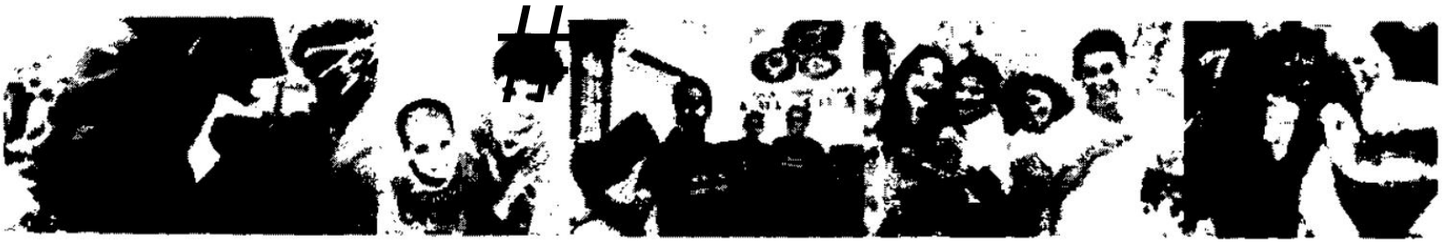
/lbr

Machine Translated by Google

SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO
NACIONAL

Paraguay
de la gente.



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2019 - 2023

Lic. Oscar Rubén Vallecich F.
Secretario General

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Machine Translated by Google

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL

Paraguay 'Wã'ãzehẽ

AUTORIDADES

Dr. Julio Daniel Mazzoleni Insfrán
Ministro

Dr. Julio Rolón Vicioso
Vice Ministro

Econ. Emiliano R. Fernández Franco
Director General
Dirección General de Planificación y Evaluación

EQUIPO TÉCNICO

Coordinación general

Econ. Emiliano R. Fernández Franco, Director General
Director General de Planificación y Evaluación

Equipo redactor

C.P. Patricia González Burgos, Directora
Dirección de Economía de la Salud

Dra. Cristina Caballero García, Jefa del Dpto. de Proyectos de Investigación
Departamento de Investigación y Estudios Estratégicos

Se agradece el aporte de todo el equipo técnico de la Dirección General de Planificación y Evaluación y el de las Direcciones Generales, Direcciones y Departamentos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Lic. Oscar Rubén Vellacich I.
Secretario General

Machine Translated by Google

PRESENTACIÓN

Al renovar su compromiso con ***avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud en el Paraguay*** en forma gradual, centrada en la persona y con el principio de equidad, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ha coordinado sus acciones para dicha colaboración Institucional Estratégica Plan, con una visión de trabajo multisectorial y en alineación a las políticas y compromisos nacionales, e internacionales, que involucró la participación de sus Direcciones Generales, Direcciones y Departamentos.

La preparación del Plan Estratégico Institucional ha requerido de un profundo análisis de la situación actual de salud en el Paraguay, así como de los avances y de los desafíos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Los múltiples retos identificados y la magnitud de la tarea han llevado a definir tres objetivos institucionales: ***Fortalecer la rectoría y la gobernanza, Avanzar hacia la cobertura y el acceso universal de los servicios de salud con enfoque en la atención primaria de salud y, Fortalecer el proceso de gestión institucional.***

Los mencionados objetivos institucionales, orientarán las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social durante los siguientes cinco años, pero se espera trascienda dicho periodo para constituirse en parte de las políticas del Estado.

Garantizar el derecho a la salud, como lo establece la Constitución Nacional del Paraguay y brindar la atención con calidad y calidez, son por consiguiente, compromisos esenciales del Plan Estratégico Institucional 2019 a 2023, que será abordado a través de una complementariedad de esfuerzos entre el sector público y privado, con un verdadero enfoque multisectorial y transversal a toda la agenda social.

DR. JULIO DANIEL MAZZOLENI INSFRÁN
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Lic. Oscar Rubén Velischich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

ÍNDICE DE CONTENIDO

Siglas y abreviaturas 5
1. Introducción 6
2. Marco normativo 8
3. Misión y visión 10
4. Valores y principios de la Política Nacional de Salud 2015 – 2030 11
5. Contexto 11
5.1. Político 11
5.2. Económico y social 13
5.3. Tendencias demográficas 17
6. Situación de salud 23
6.1. Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo 26
6.2. Enfermedades transmisibles 29
6.3. Salud sexual y reproductiva y salud materna infantil 32
7. Sistema de salud 36
7.1. Organización 36
7.2. Financiamiento 39
7.3. Sistema de información en salud 43
8. Avances y desafíos 45
9. Avanzar hacia la reforma de un sistema integrado de salud 49
10. Mapa estratégico de la planeación 2019 – 2023 52
11. Glosario 60
12. Referencias bibliográficas 63
13. Anexos 68

Lic. Oscar Rubén Valdéz F.
Secretario General

^Afi

Machine Translated by Google

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Componentes para la elaboración del Plan Estratégico Institucional	7
Figura 2.	Incidencia de pobreza total según área de residencia y año (%)	14
Figura 3.	Incidencia de pobreza extrema según área de residencia y año (%)	14
Figura 4.	Tasa de crecimiento anual de la población total. Período 2019 - 2024	18
Figura 5.	Población total. Período 2019 -2025	18
Figura 6.	Población según área de residencia urbana y rural. Período 2019-2025	19
Figura 7.	Distribución de la población total por grandes grupos de edad. Período 2019-2025	21
Figura 8.	Ciclo de vida económica	22
Figura 9.	Relación entre los ejes y las líneas del PND 2030 y los ODS	23
Figura 10.	Evolución de la mortalidad general. Paraguay. 2012 - 2017	25
Figura 11.	Cascada de la atención del VIH. Paraguay, 2018	31
Figura 12.	Evolución de la RMM (1988 – 2017) x 100.000 NV	34
Figura 13.	Tasa registrada y estimada de mortalidad infantil (2000 - 2018) por 1000 NV	35
Figura 14.	Situación actual del financiamiento del sistema de salud del Paraguay	39
Figura 15.	Porcentaje de la población por tipo de seguro médico, según área de residencia. Año 2017	40
Figura 16.	Gasto per cápita y beneficiarios asignados (USD). Año 2017	42
Figura 17.	Participación de los componentes del gasto de bolsillo en salud. Años 2012-2017	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Valores y principios determinados en la Política Nacional de Salud 2015 – 2030	11
Cuadro 2.	Evolución de la tasa bruta de mortalidad y de la esperanza de vida al nacer en el Paraguay	20
Cuadro 3.	Defunciones según causas 2015-2017 (%)	26
Cuadro 4	Muertes y eventos asociados y atribuibles al tabaquismo en Paraguay, 2015	29
Cuadro 5.	Evolución de los principales Indicadores de Salud Años 2012 - 2017	41
Cuadro 6.	Estrategias de la Política Nacional de Salud 2015 – 2030	45
Cuadro 7.	Resultados del análisis FODA (Fortalezas y Debilidades)	47
Cuadro 8.	Resultados del análisis FODA (Oportunidades y Amenazas)	47

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACV	Accidentes Cerebrovasculares.
ALC	América Latina y el Caribe.
APS	Atención Primaria de la Salud.
CLS	Consejos Locales de Salud.
CNS	Consejo Nacional de Salud.
CRS	Consejos Regionales.
CV	Carga Viral.
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.
DIU	Dispositivo Intrauterino.
ENT	Enfermedades No Transmisibles.
EPH	Encuesta Permanente de Hogares.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
Gs.	Guaraníes.
HTA	Hipertensión Arterial.
IPS	Instituto de Previsión Social.
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
NV	Nacidos Vivos.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PIB	Producto Interno Bruto.
PND	Plan Nacional de Desarrollo.
PNS	Política Nacional de Salud.
POI	Plan Operativo Institucional.
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.
RMM	Razón de Mortalidad Materna.
SICIAP	Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
TARV	Tratamiento Antirretroviral.
TB	Tuberculosis.
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad.
TDD	Tasa de Dependencia Demográfica.
TDE	Tasa de Dependencia Económica.
TGF	Tasa Global de Fecundidad.
TM	Tasa de Mortalidad.
USD	United States Dollar (Dólares Americanos).
USF	Unidades de Salud familiar.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Lic. Oscar Rubén Vallejos F.
Secretario General

Machine Translated by Google

1. INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Institucional (PEI) es el instrumento de planificación de más alto nivel del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) que establece las directrices y orientaciones estratégicas de la institución. Su formulación contempla la visión, la misión y las funciones básicas del MSPBS, así como los valores y principios de la Política Nacional de Salud (PNS) 2015-2030 (1,2).

Con el enfoque de "Avanzar hacia el acceso y cobertura universal de salud en el Paraguay" el PEI 2019-2023, define sus lineamientos, objetivos institucionales y ámbitos de gestión alineados a las políticas y compromisos nacionales e internacionales (3). Presenta ejes transversales y estratégicos, sustentados en un análisis de la situación actual en salud y del contexto político, económico y social del país.

La construcción del PEI 2019-2023 se basó en un proceso de consultas dirigidas a actores clave de las Direcciones Generales, Direcciones y Departamentos del MSPBS, llevadas a cabo en el marco de reuniones, conversatorios, mesas técnicas y talleres de trabajo iniciados desde julio 2018. También requirió la revisión y el análisis de la literatura de información sobre salud, así como de los documentos de los marcos regulatorios nacionales e internacionales y del previo PEI. El resultado proyecta una clara visión de los objetivos para la formulación del Plan Operativo Institucional (POI), en concordancia con el presupuesto del MSPBS.

El PEI 2019 - 2023 se constituye en un esquema integrado conformado por 3 objetivos institucionales aprobados por Resolución Ministerial S.G. N° 026/19 (3): *Fortalecer la rectoría y la gobernanza; Avanzar hacia la cobertura y acceso universal (CUS y AUS) de los servicios de salud con enfoque en la atención primaria de la salud (APS) y Fortalecer el Sistema de gestión institucional.*

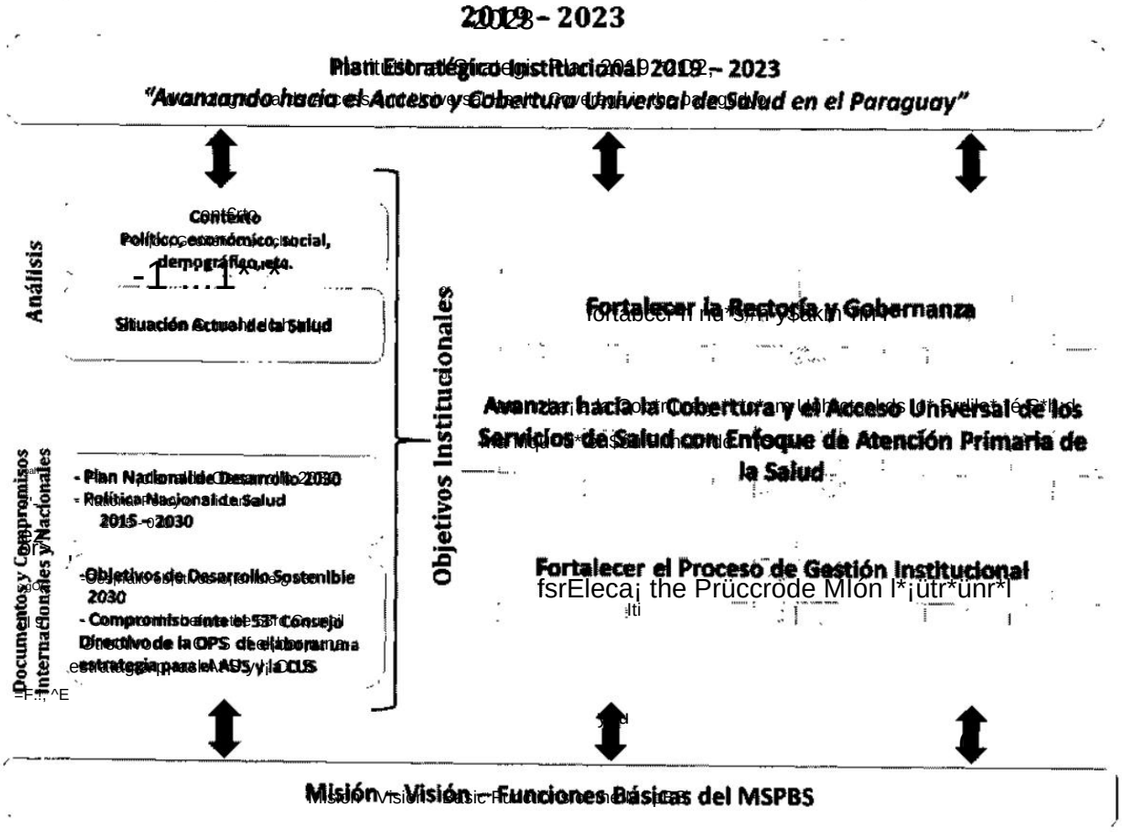
The PEI 2019-2023, is constituted in an integrated scheme made up of 3 objectives institutional objectives, approved by Ministerial Resolution S.G. N° 026/19 (3): *Strengthen stewardship and governance; Advance towards universal coverage (UHC and UAS) of health services with a focus on primary health care (PHC) and Strengthen the institutional management process .*

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Los objetivos institucionales se concretarán a través de estrategias, metas e indicadores que serán sujetos a monitoreo y evaluación. Estas directrices, deberán ser asumidas por los diferentes niveles para la elaboración del POI **(Figura 1).**

Figura 1. Componentes para la elaboración del Plan Estratégico Institucional 2019 – 2023



Fuente: MSPBS. Plan estratégico institucional 2019-2023.

El PEI, como está estructurado en este documento, presenta los tres objetivos institucionales para el periodo 2019 – 2023 en estrecha conexión con la descripción de:

- El marco normativo, la misión y visión del MSPBS;
- El contexto y la situación actual de salud en el país con énfasis en las enfermedades que ocasionan mayor carga de morbilidad y mortalidad;
- La organización del sistema de salud;
- Los avances, los nuevos desafíos y los existentes en el área;

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

- El Avance hacia la reforma de un sistema integrado de salud.
- Progress towards the reform of an integrated health system.

Posteriormente, finaliza con la presentación del mapa estratégico de la planificación 2019 - 2023.
Subsequently, it ends with the presentation of the strategic map of the 2019 - 2023 planning.

2. MARCO NORMATIVO

El MSPBS, de acuerdo con la Política Nacional de Salud, establece las directrices y orientaciones de carácter general a ser implementadas en la gestión administrativa de los procesos operativos, para la toma de decisiones y la ejecución de los objetivos específicos a nivel institucional (1).
The MSPBS, according to the National Health Policy, establishes the guidelines and general guidelines of a general nature to be implemented in the administrative management of operational processes, for decision making and the execution of the objectives of the specific objectives at the institutional level (1).

- **Constitución Nacional**
  - Artículos 6, 7, 57, 58, 61, 68, 70 y 72.
- **Leyes Nacionales**
  - Ley N° 836/80 del Código Sanitario.
  - Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud.
  - Ley N° 1.535/1999 de administración financiera del Estado.
  - Ley N° 2.310/03 de protección infantil contra enfermedades inmunoprevenibles.
  - Ley N° 3.007/06 por el cual se modifica y amplía la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud.
  - Ley N° 4.621/12 Ley nacional de vacunas (que amplía y modifica la Ley N° 2.310 de protección infantil contra enfermedades inmunoprevenibles).
  - Ley N° 4.392 que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud – FONARESS.
  - Ley N° 3.320/03 de promoción de la utilización de medicamentos por nombre genérico.
  - Ley N° 4.143/10 de asistencia al paciente estomizado.
  - Ley N° 4.305/11 que crea el Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Lisosomales.

- National Constitution
  - Articles 6, 7, 57, 58, 61, 68, 70 and 72.
- National Laws
  - Law No. 836/80 of the Sanitary Code.
  - Law No. 1,032/96 that creates the National Health System.
  - Law No. 1,535/1999 on financial administration of the State.
  - Law No. 2,310/03 on child protection against vaccine-preventable diseases.
  - Law N° 3,007/06 by which Law N° 1,032/96 that creates the National Health System is modified and extended.
  - Law No. 4,621/12 National Vaccine Law (which expands and modifies Law No. 2,310 on child protection against vaccine-preventable diseases).
  - Law No. 4,392 that creates the National Fund for Solidarity Resources for Health – FONARESS.
  - Law No. 2,320/03 for the promotion of the use of medicines by generic name.
  - Law No. 4,143/10 on assistance to the ostomized patient.
  - Law N° 4,305/11 that creates the Comprehensive Care Program for People with Lysosomal diseases.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

- Ley N° 4.313/11 de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de partos del ministerio de salud pública y bienestar social.
- Ley N° 4.698/12 de garantía nutricional en la primera infancia.
- Ley N° 5.099/13 de la gratuidad de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Ley N° 5.281/14 que modifica los artículos 1° y 3° de la Ley N° 4.698/12 de garantía nutricional en la primera infancia.
- Ley N° 5.732/16 de la creación del Programa Nacional de Detección Neonatal.

- **Decretos**
  - Decreto N° 21.376/98 por el cual se establece la nueva organización funcional del Ministerio de Salud Pública.
  - Decreto N° 291/13 por el cual se declara como prioridad nacional del gobierno la meta "Reducción de la Pobreza" y se encarga a la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social la elaboración e implementación del "Programa Nacional de Reducción de Pobreza".
  - El Decreto N° 4.541/2015 que aprueba la Política Nacional de Salud.
- **Resoluciones**
  - Resolución S.G. N° 536, de fecha 14/08/07. Por la cual se aprueba el Código de Buen Gobierno del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y se dispone su implementación en todas las dependencias y los servicios de salud de la entidad.
  - Resolución S.G. N° 181, de fecha 27/03/07. Por la cual se aprueba el Código de Ética del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y se dispone su implementación en todos los servicios y dependencias.
  - La Resolución S.G. N° 316/2017 por la cual se aprueba el documento de la Política Nacional de Calidad en Salud 2012 - 2030, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

- international agreements
  - Universal Declaration of Human Rights, 1948.
  - International Covenant on Civil and Political Rights, 1976.
  - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1976.
  - WHO Constitution, 1946.

3. MISSION AND VISION

The Mission and Vision of the MSPBS, which have been adapted to the current policies and perspectives of economic and social development of the institution through the Resolution SG No 52/14, are transversal to the objectives of the institution and will be expressed in the PEI interventions and strategies.

MISSION

Guarantee compliance with the functions of stewardship, management, financing and provision of health services, in order to achieve universal coverage, under the social protection approach, within the framework of the National Health System.

VISION

To be an effective, efficient, and transparent Ministry of Public Health and Social Welfare, which guarantees effective access for the population to comprehensive and equitable health care, which intervenes on the determinants of health in coordination with other sectors, promoting active citizen participation, depending on the exercise of your rights.

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

4. VALORES Y PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2015 – 2030

El PEI 2019 – 2023 se rige por los valores y principios determinados en la Política Nacional de Salud 2015 – 2030 para *avanzar hacia el Acceso Universal y la Cobertura Universal de la Salud en el Paraguay* **(Cuadro 1)** (2).

Cuadro 1. Valores y principios determinados en la Política Nacional de Salud 2015 – 2030

VALORES	PRINCIPIOS
Derecho a la salud	Universalidad
Equidad	Calidad y humanización en los servicios
Solidaridad	Eficiencia
Respeto a la diversidad	Responsabilidad
	Transparencia en la gestión y rendición de cuentas
	Integralidad
	Sostenibilidad
	Participación social

Fuente: MSPBS. Política Nacional de Salud 2015-2030. Avanzando hacia el Acceso y Cobertura Universal de la Salud en el Paraguay, 2015.

5. CONTEXTO

5.1. Político

Según se enuncia en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2030, la visión para el Paraguay es de un Estado democrático, solidario, subsidiario y transparente que promueve la igualdad de oportunidades (4). *Las instituciones de gobernanza* están aún atravesando profundas transformaciones y deben ser fortalecidas para asegurar el Estado de Derecho (5).

Lic. Oscar Rubén Vallejos F.
Secretario General

Machine Translated by Google

In accordance with the above, it is necessary to carry out reform processes of the National Health System (SNS) based on the changes in governance promoted by the exercise of the stewardship of the health authorities (3, 6-9). In this sense, documents published by the Pan American Health Organization (PAHO) (8) and by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), describe the stewardship role of the SNS exercised by the MSPBS as weak and indicate the need to strengthen it.

A factor that can contribute to diluting the leadership of the health authority is related to its organization and the breadth of its functions, which are based on a holistic vision of public health, but in practice the MSPBS performs functions that overlap with other institutions or that might be located in other parts of the executive, allowing it to concentrate on the difficult task of managing a fragmented system with many actors (5,10).

According to the OECD, Paraguay has to create conditions that promote a more integrated health system; for this, it has to strengthen the implementation of the governance framework, consolidating, simplifying and updating the legal and regulatory bodies of the system, generalizing inter-institutional agreements, separating the functions of the MSPBS of stewardship, purchase and provision of services, and creating the necessary public institutions in the health system (6).

Committed to advancing with the aforementioned reform processes, the MSPBS, in coherence with the PNS 2015-2030 and the PND 2030, establishes as one of the institutional objectives of the PEI 2019 - 2023: Strengthen Stewardship and Governance. Likewise, it determines important areas of action to fulfill its role as a strategic actor within the SNS and exercise solid sector leadership to formulate, organize, and direct the PNS.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

5.2. Económica y social

Desde 2003 a 2003, la economía ha crecido a una tasa del 4,6% anual en términos reales y se han preservado exitosamente los equilibrios macroeconómicos. También la creación de empleo ha aumentado a razón de un 2,8% anual, por encima de la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar (5).

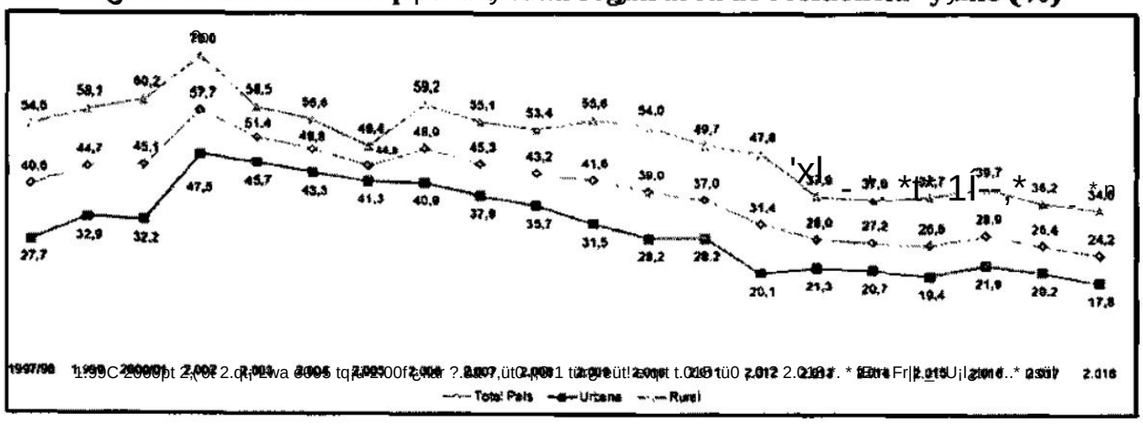
El crecimiento económico del país fue uno de los más elevados de América Latina, pero presenta gran volatilidad, pues, a pesar de que la necesaria diversificación económica está progresando, persiste una gran dependencia de las producciones agrícolas y ganaderas, producciones estas de las más económicas. La escasa diversificación explica, en parte, el alto grado de informalidad en la economía paraguaya. A su vez, esa informalidad alimenta la desigualdad y enerva la capacidad del Estado para incidir en la redistribución de los ingresos y orientar la transformación estructural de la economía (4-6).

El crecimiento económico ha traído consigo mejoras en los ingresos económicos y permitido reducir el porcentaje de la población en situación de pobreza, de un 51,4% en el 2003 a 2004,2% en el 2018 (Figura 2). También logró reducir la pobreza extrema de un 12,6% en el 2003 a 2004,8% en el 2018 (5,6,5,1) (Figura 3). Pero, a diferencia de lo sucedido con la pobreza total, no se ha logrado reducir la elevada desigualdad. Los niveles de privación monetaria y no monetaria son mayores en las áreas rurales, en términos de pobreza de ingresos, pero también de acceso a agua, saneamiento, seguridad social y servicios de salud (6,12,13).

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

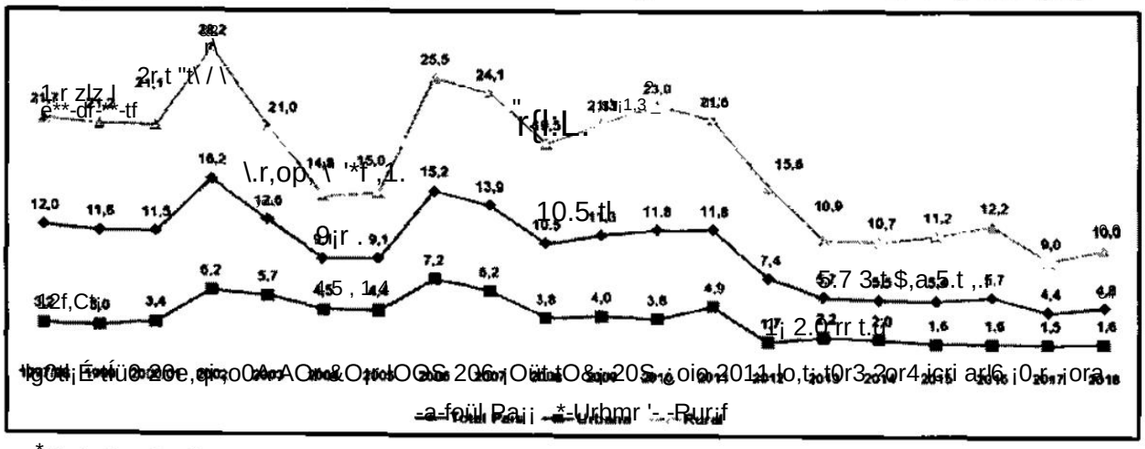
Figura 2. Incidencia de pobreza total según área de residencia* y año (%)



* No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2017-2018.

Figura 3. Incidencia de pobreza extrema según área de residencia* y año (%)



* No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2017-2018.

El Paraguay avanzó considerablemente en el *acceso al agua mejorada* (del 81,1% en 2009 al 87,2% en 2018) y al *saneamiento mejorado* (del 67,5% en el 2009 al 83,5% en el 2018) (13). Aun así, el compromiso "global de garantizar la disponibilidad y sustainable management of water and sanitation for all by 2030", como se define en el *Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre Agua y Saneamiento (ODS 6)* (14), plantea un gran desafío para el país (4,15).

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

El déficit de agua y saneamiento afecta principalmente a las zonas marginadas peri-urbanas y las áreas rurales, hogar de los quintiles más pobres de la población, las dispersidades dispersas, los asentamientos informales y las poblaciones indígenas (4,15,16). A nivel nacional, un tercio de la población (34,2%) continúa sin acceso a agua potable. La situación es aguda para las poblaciones indígenas, que residen en el Chaco (hogar de aproximadamente 53.000 indígenas) (15).

La falta de acceso a agua potable segura y saneamiento básico, así como la higiene deficiente y los animales contaminados, aumentan el riesgo de enfermedades diseases graves, especialmente la diarrea que puede contribuir a la desnutrición (15). El Paraguay es uno de los países con mayor desnutrición de la región de América Latina y el Caribe (ALC) (15,17).

En la población de niños menores de 5 años que asisten a los servicios públicos de salud, la prevalencia de desnutrición en el 2018 fue del 4,5%, la desnutrición global del 4,1% y la desnutrición crónica (talla baja) del 11,4% (18). La diarrea se identifica como una de las causas predominantes de muerte en niños menores de cinco años (después de las muertes neonatales) (15,17).

El acceso a la electricidad, vinculado con el ODS 7 garantiza el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos (14), ya era elevado (96,9% en el 2009) y actualmente es universal con un 99,5% de hogares beneficiados (13). El acceso a internet también se ha extendido rápidamente, incrementando las oportunidades de una mejor prestación de servicios públicos (10).

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

El acceso a la asistencia sanitaria universal es universal y el aseguramiento sanitario es limitado, especialmente entre la población más vulnerable. Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), la población sin seguro de salud ascendía al 73,1% en el 2018 (12). Muchos paraguayos incurren en gastos catastróficos por motivos de salud y se exponen a otros riesgos financieros, principalmente debido a la fuerte dependencia del sistema en el gasto de bolsillo de los usuarios (6,8).

El Paraguay, a través del PND 2030, ha establecido objetivos para que el país sea no solo más próspero, sino también más inclusivo, eficiente y transparente (4). Según un estudio de la OCDE, 2019, para lograr los objetivos del PND el país tendrá que abordar dos desafíos principales: reforzar las fuentes de prosperidad económica y sostenible y poner al país en un camino de desarrollo más inclusivo (6).

Los resultados del estudio también indican que para avanzar hacia el camino de un desarrollo más inclusivo, entre otros problemas principales, el país deberá rediseñar su sistema de salud para ampliar su cobertura, establecer un conjunto bien definido de prestaciones sanitarias garantizadas, reducir la vulnerabilidad de los paraguayos ante los riesgos para la salud y aumentar la eficiencia del sistema de salud (6).

Por su parte, el MSPBS, en coherencia con el objetivo de la PNS 2015-2030 y con el compromiso ante el 53° Consejo Directivo de la OPS 2014, establece entre los objetivos institucionales del PEI 2019 - 2023: Avanzar hacia la cobertura y acceso universal de los servicios de salud con enfoque de la atención primaria de la salud y Fortalecer el proceso de gestión institucional como lineamientos para caminar hacia la equidad, la justicia distributiva, la eficiencia y la transparencia como también lo propone en su visión el PND 2030.

Lic. Oscar Rubén Velázquez
Secretario General

Within the aforementioned objectives, some important areas of action are determined, understanding that the exercise of ***coverage and universal access to health services together, implies that all people and communities, without discrimination, have equitable access to integral, adequate, timely and quality health services, determined at the national level according to the needs, as well as safe, effective, affordable and quality medicines, without the use of these services exposing users to financial difficulties*** (7).

5.3. *Demographic trends*

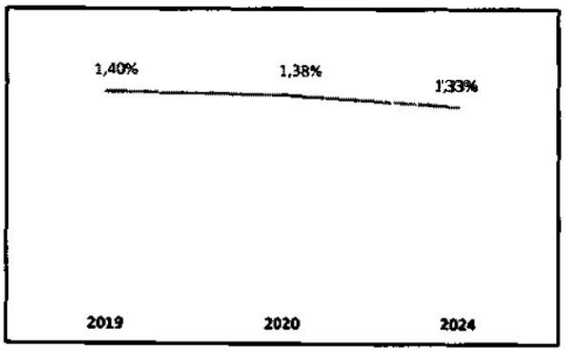
The ***projected population*** of Paraguay for 2019 is 7,152,703 inhabitants. 2% of the population is indigenous. By sex it is distributed in 50.4% men and 49.6% women. The annual growth rate is 1.40% / 1.40% and experiences a slight reduction throughout the period. In 2024, it is expected to be 1.33% per year **(Figure 4)** (19).

Despite the progressive reduction in the rate of growth, it is expected that the population will continue to grow due to demographic inertia, the result of high fertility rates in the past that gave rise to a significant proportion of young population, which, upon entering reproductive ages, gives rise to a large number of births that tends to exceed deaths for a long time (19,20) **(Figure 5)**.

Lic. Oscar Rubén Vallacich F.
Secretario General

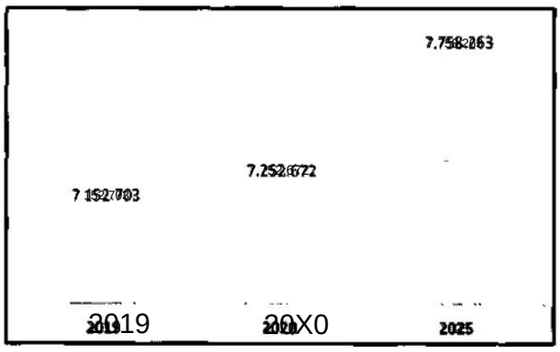
Machine Translated by Google

Figura 4. Tasa de crecimiento anual de la población total. Periodo 2019 – 2024



Fuente: STP/DGEEC. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025. Revisión 2015.

Figura 5. Población total. Periodo 2019-2025



Fuente: STP/DGEEC. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025. Revisión 2015.

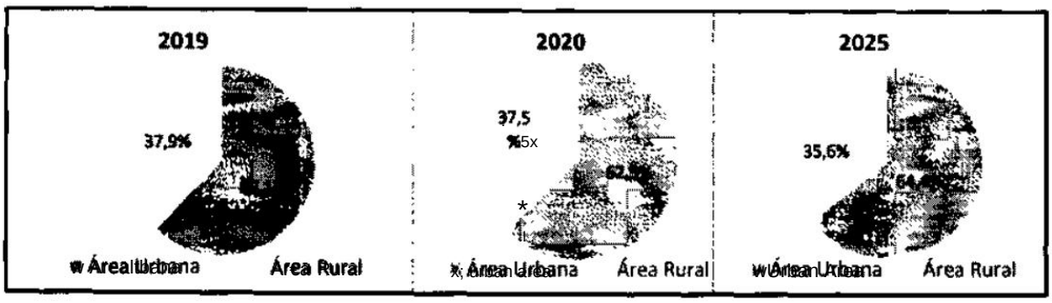
La distribución territorial de la población y su evolución reciente son asimismo importantes transformaciones en curso (6). La ***población urbana*** (62,1%) es mayor que la ***rural*** (37,9%) y las proyecciones indican que seguirá en aumento **(Figura 6)**. Más de la mitad de la población urbana se concentra en el área metropolitana de Asunción y 13% en Ciudad del Este y su área metropolitana. El departamento Central es el más poblado del país que sumado a la población de Asunción reúne más de 37% de la población total, es decir, 2.680.582 habitantes (19).

En tal sentido, es importante considerar que si no se genera la infraestructura necesaria o no se aplican las políticas adecuadas, el crecimiento urbano acelerado y no planificado atenta contra el desarrollo sostenible y aumenta la desigualdad (19).

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 6. Población según área de residencia urbana-rural. Período 2019-2025



Fuente: STP/DGEEC. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000- 2025. Revisión 2015.

Source: STP/DGEEC. National Population Projection, Urban and Rural Areas by Sex and Age, 2000-2025. Revision 2015.

Al igual que en los otros países de ALC, la estructura poblacional actual del Paraguay es producto del proceso de transición demográfica, y debe ser analizada a través de los cambios en indicadores como el de la mortalidad y la fecundidad, cuyas variaciones modifica extremadamente el ritmo de crecimiento de la población, su estructura y composición por sexo y edad (20).

As in the other LAC countries, the current population structure of Paraguay is the product of the demographic transition process, and must be analyzed through changes in indicators such as mortality and fertility, whose variations greatly modify the rhythm of population growth, its structure and composition by sex and age (20).

La revisión de la evolución de la ***tasa bruta mortalidad (TBM)*** en el Paraguay ha evidenciado un descenso de 2,83 puntos de 2,39 puntos en 40 años, pasando de 8,10 por 1.000 habitantes en 1970 a 5,27 en el 2010 (21). Para el año 2019, el número de defunciones por cada 1.000 habitantes es de 5,65 y se mantendrá alrededor de este nivel hasta el 2024 (19).

The review of the evolution of the gross mortality rate (GMR) in Paraguay has shown a decrease of 2.83 points from 2.39 points in 40 years, from 8.10 per 1,000 inhabitants in 1970 to 5.27 in 2010 (21). For the year 2019, the number of deaths per 1,000 inhabitants is 5.65 and will remain around this level until 2024 (19).

Como resultado de la reducción de la ***tasa de mortalidad (TM) general*** de la población, ***la esperanza de vida al nacer*** se ha incrementado progresivamente pasando de 65,43 años en 1970 a 72,42 años en el 2010 (21). Para el año 2019 es de 74,5 años, para las mujeres es de 77,5 años, en tanto, para los hombres es de 71,6 años (19) **(Cuadro 2)**.

As a result of the reduction in the **crude mortality rate (CMR)** of the population, **life expectancy at birth** has increased progressively from 65.43 years in 1970 to 72.42 years in 2010 (21). For the year 2019 it is 74.5 years, for women it is 77.5 years, while for men it is 71.6 years (19) (Table 2).

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Cuadro 2. Evolución de la tasa bruta de mortalidad y de la esperanza de vida al nacer en el Paraguay

Table 2. Evolution of the crude mortality rate and life expectancy at birth in Paraguay

Indicador	Año 1970	1980	1990	2000	2010	2019
Tasa Bruta de Mortalidad Crude Mortality Rate	8,10	7,40	6,80	6,10	5,77	5,65
Esperanza de vida al nacer Hope of life at birth	65,43	66,77	68,05	70,45	72,42	74,5

Fuentes: STP/DGEEC. Evolución de la mortalidad en el Paraguay. Periodo 1970- 2010. 2016.
STP/DGEEC. Paraguay. Proyecciones de población nacional, áreas urbana y rural, por sexo y edad, 2000-2025. Revisión 2015.
Sources: STP/DGEEC. Evolution of mortality in Paraguay. Period 1970- 2010. 2016.
STP/DGEEC. Paraguay. Population projections national, urban and rural areas, by sex and age, 2000-2025. Revision 2015.

La tasa global de fecundidad (TGF) presenta una tendencia descendente. Durante el quinquenio 2005-2010 era de 3,1, en el periodo 2013-2017 descendió a 2,6, ubicándose en un número promedio de hijos por mujer de 2,4 en el 2019 y se reducirá a 2,3 para el 2024. Sin embargo, la población mantendrá su crecimiento absoluto por bastante tiempo, ya que el número de hijos por mujer disminuye, pero el número de mujeres que se está reproduciendo aumenta, contrarrestando así la caída de la fecundidad (19,21).

The global fertility rate (GFR) shows a downward trend. During the two-year period 2005-2010 it was 3.1, in the period 2013-2017 it decreased to 2.6, placing it in an average number of children per woman of 2.4 in 2019 and will reach 2.3 for 2024. However, the population will maintain its absolute growth for quite some time, since the number of children per woman decreases, but the number of women reproducing increases, thus offsetting the fall in fertility (19,21).

Uno de los criterios más conocidos para clasificar a los países según la TGF corresponde al nivel de reemplazo de la población. Este equivale al número promedio de hijos y niñas que serían suficientes para reemplazar a ambos padres en una población determinada y que se establece en 2,1 hijos por mujer (20). El nivel de reemplazo será alcanzado por el Paraguay en el periodo comprendido entre 2030-2035, es decir, aún quedan tres quinquenios para llegar al pico más bajo de la tasa de fecundidad (22).

One of the best known criteria for classifying countries according to the TFR corresponds to the population replacement level. This is equivalent to the average number of children and girls that would be enough to replace both parents in a given population and is set at 2.1 children per woman (20). The replacement level will be reached by Paraguay in the period between 2030-2035, that is, there are still three quinquennia left to reach the lowest point of fertility (22).

Consecuentemente, el descenso en ***la tasa de fecundidad afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad***, puesto que la proporción creciente de personas en edad avanzada aumenta. Es decir, se produce un cambio en la medida que la carga de muertes y enfermedades se desplaza de los grupos de edades más jóvenes a los de edades más avanzadas (22).

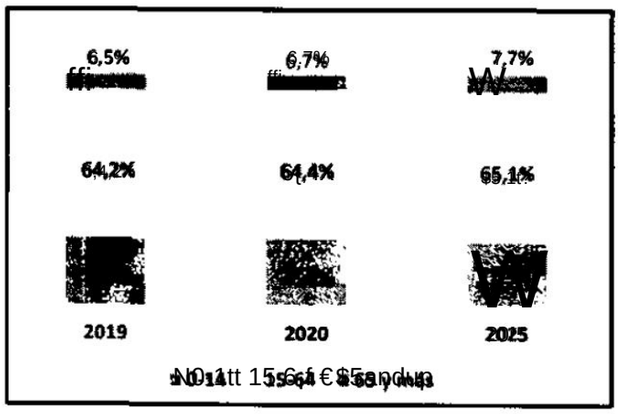
Consequently, the decline in the fertility rate affects the age structure and has repercussions on the morbidity profile, since the growing proportion of the elderly increases. That is to say, a change occurs, to the extent that the burden of deaths and illnesses shifts from the younger groups to the older ones (22).

Lic. Diego Xavier Valiente F.
Secretario General

Machine Translated by Google

La ***estructura por edad de la población proyectada*** al año 2019 muestra que el 29,2% de la población es menor de 15 años (población infante en dependencia), el 64,2% tiene entre 15 a 65 años (edad productiva activa) y cerca del 6,5% tiene 65 y más años (adulto mayor en dependencia). Hay un descenso de la población de niños y adolescentes mientras que hay un aumento de la población de adultos jóvenes. La proporción de población de adultos mayores también está creciendo, aunque más lentamente de lo que disminuye la proporción infantil – juvenil (19). Grupos poblacionales con distintos potenciales y necesidades, especialmente en el ámbito de la salud (20) **(Figura 7)**.

Figura 7. Distribución de la población total por grandes grupos de edad. Período 2019-2025



Fuente: STP/DGEEC. Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025. Revisión 2015.

Source: STP/DGEEC. Projection of the National Population, Urban and Rural Areas by Sex and Age, 2000 - zjzl.Revision 2015.

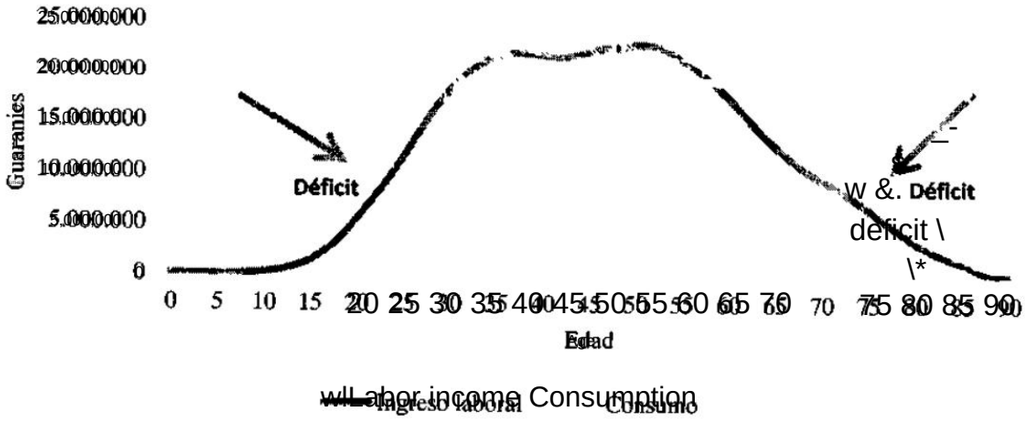
La actual estructura poblacional del país, indica que, la ***tasa de dependencia demográfica (TDD)*** que mide la proporción de población infante dependiente junto con la población adulta mayor dependiente, respecto a las personas potencialmente en edad activa, es de 55,7%, es decir, en el 2019 existen 56 personas en edad de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar (19). Por lo tanto, el Paraguay se encuentra en una etapa favorable del ***bono demográfico*** periodo en que la relación

Machine Translated by Google

de dependencia descienden sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva (22).

Resulta relevante comprender que los cambios originados por la transición demográfica impulsan a una disminución o aumento de las demandas en sectores claves como el de la salud. Es típico que la demanda en este sector sea más importante en la población infantil y en la de adultos mayores. La figura 8 refleja los montos consumidos y los generados por el trabajo en cada edad en Paraguay en el año 2012, elaborado en el marco de las cuentas nacionales de transferencia, donde se observa que hay un déficit entre las edades de 0 a 37 años y de 58 años y más, decir se consume más de lo que se genera (23).

Figura 8. Ciclo de vida económica



Fuente: CEPAL/STP/UNFPA. Cuentas Nacionales de Transferencia. Documento de trabajo. 2019.

Source: ECLAC/STP/UNFPA. National Transfer Accounts : Work document.2019.

Lic. Oscar Rubén Vallecich F.
Secretario General

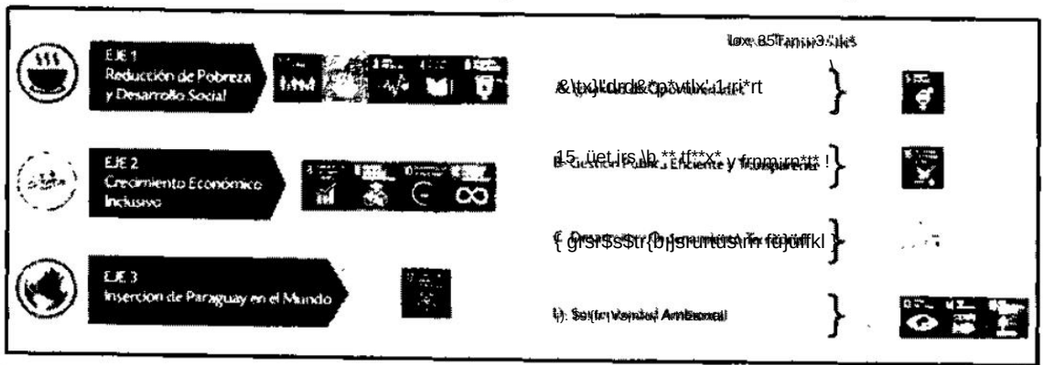
Machine Translated by Google

Las principales características y tendencias de la población del Paraguay presentan importantes implicancias en salud. La dinámica demográfica tiene una doble faceta que debe ser considerada. Por un lado, es una condición que acompaña ciertas problemáticas de la salud (ej.: dificultades para la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles o no transmisibles en lugares de rápido y desmedido crecimiento poblacional). Por otro lado, es una fuente de oportunidades para resolver dichos obstáculos (ej.: posibilidades de desarrollo asociadas al bono demográfico) (20).

6. SITUACIÓN DE SALUD

ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Establece 13 metas que toman en cuenta los problemas de salud no superados, los nuevos desafíos y su estrecha relación con los demás ODS (14). Para Paraguay, el compromiso con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es explícito y de alta intensidad, pues la alineación de los ejes estratégicos del PND 2030 en función de los ODS ha significado un desafío y una tarea constante (24). En la **figura 9** se observa la relación entre el PND 2030 y los ODS, incluyendo al ODS 3.

Figura 9. Relación entre los ejes y las líneas del PND 2030 y los ODS



Fuente: Comisión ODS Paraguay 2030. Informe Nacional Voluntario sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2018.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

El MSPBS, en el cumplimiento de lo asumido, ha elaborado el PEI 2019-2023, bajo el marco estratégico de la PNS 2015-2030, considerando las prioridades y ejes estratégicos del PND 2030 alineados a los ODS, para avanzar hacia el acceso y cobertura universal de salud en Paraguay.

The MSPBS, in the commitment assumed, has prepared the PEI 2019-2023, under the strategic framework of the PNS 2015-2030, considering the priorities and axes Strategies of the PND 2030 aligned to the SDGs, to advance towards access and coverage universal health in Paraguay.

En ese contexto, el análisis de la situación de salud que se describe a continuación ha sido relevante para identificar brechas y necesidades, así como delinear la cartera de servicios según curso de vida y niveles de atención y complejidad, abordando la carga de enfermedades prevalentes: ***(hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y por el virus de inmunodeficiencia humana, tuberculosis, dengue, salud sexual y reproductiva con énfasis en salud materna, salud del niño)*** para el establecimiento de líneas de cuidado*.

In this context, the analysis of the health situation described below has been relevant to identify gaps and needs, as well as outline the portfolio of services according to course of life and levels of attention and complexity, addressing the burden of prevalent diseases: ***(hypertension, diabetes mellitus, breast cancer, cervical cancer, sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus, tuberculosis, dengue, sexual and reproductive health with emphasis on maternal health, child health)*** for the establishment of lines of care*.

En plena transición demográfica y epidemiológica, el Paraguay afronta una doble carga sanitaria resultante de viejos problemas no resueltos y nuevos desafíos. Por un lado, la carga de enfermedades transmisibles está aumentando impulsada por la longevidad y estilos de vida menos saludables. Al mismo tiempo, persisten problemas no resueltos relacionados con enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (6,10,11,26,27).

In the midst of a demographic and epidemiological transition, Paraguay faces a double health burden resulting from old unresolved problems and new challenges. On one hand, the The burden of noncommunicable diseases is increasing, driven by longer lives and less healthy lifestyles. At the same time, unresolved issues persist related to communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases (6,10,11,26,27).

Las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles aumentaron el 62,8% entre 2000 y 2016, mientras que las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales disminuyeron un 49,4% durante ese período (10,26).

Mortality rates from noncommunicable diseases increased by 62.8% between 2000 and 2016, while mortality rates from communicable, maternal, neonatal and nutritional diseases decreased by only 49.4% during that period (10,26).

* Líneas de cuidado: secuencia ordenada y oportuna de todas las prestaciones de salud requeridas para la promoción de la salud y la prevención, detección precoz, tratamiento oportuno, seguimiento adecuado, cuidados paliativos y rehabilitación de una determinada patología o proceso fisiológico, que brindan los integrantes del equipo de salud en los establecimientos de todos los niveles de complejidad de un sistema de salud de acuerdo con las normas vigentes, asegurando la calidad de atención y oportunidad de cada una de aquellas con el objeto de maximizar el valor sanitario de ese conjunto de prestaciones (25).

* Lines of care: orderly and timely sequence of all health services required for health promotion and prevention, early detection, timely treatment, adequate follow-up, palliative care, and rehabilitation of a certain pathology or physiological process, provided by the members of the health team in establishments of all levels of complexity of a health system in accordance with current regulations, ensuring the quality, scope and timeliness of each of those in order to maximize the health value of that set of benefits (25).

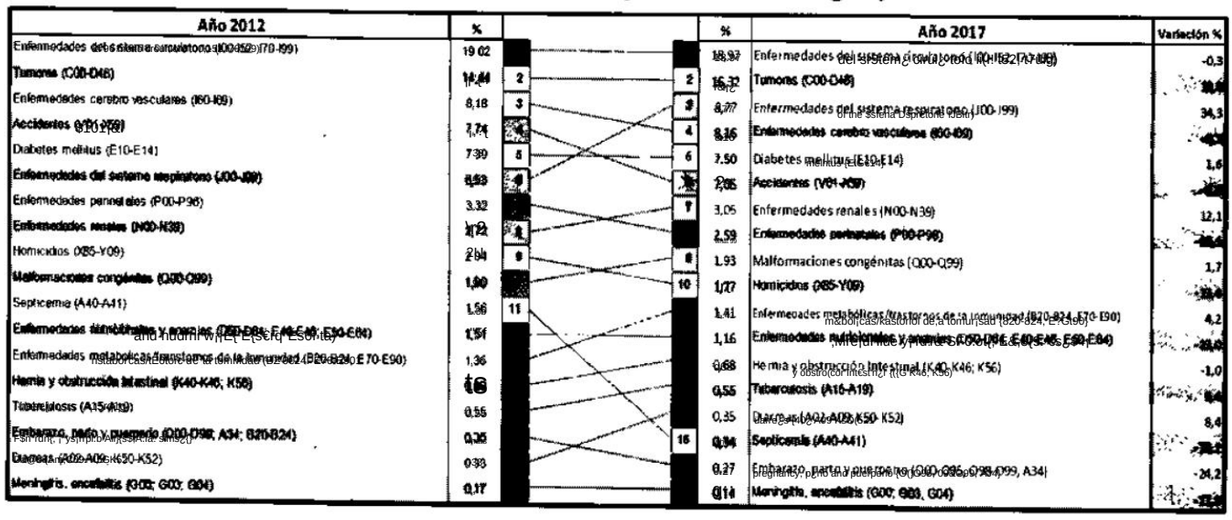
Machine Translated by Google

Por otro lado, las tasas de discapacidad y de mortalidad derivadas de lesiones externas han aumentado en las últimas décadas. Entre 2000 y 2016, las tasas de mortalidad por externas externas aumentaron un 50,5% (10,17,26). A su vez, las principales causas de muerte en la población indígena incluyen las enfermedades del sistema respiratorio, los accidentes, la tuberculosis, las enfermedades nutricionales y la anemia (17,27,28).

En el año 2017, la mortalidad en general a nivel país fue de 29.021. Del total, el 18,97% fueron a causa de enfermedades del sistema circulatorio, manteniéndose en el primer lugar de muertes en el último quinquenio. En segundo lugar, también se mantiene en el quinquenio la causa de muerte por Tumores, que en el 2017 se registraron 16,32 %. Las enfermedades del sistema respiratorio han subido posición en el 2017 por un incremento de 8,77%. Llama la atención que la muerte por Septicemia en el año 2017 se redujo en un 0,34% comparación 2012, que se registró 1,56% (27.28) (Figura 10).

Figura 10. Evolución de la mortalidad general en Paraguay. 2012 – 2017

Año 2012	%		%	Año 2017	Variación %
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I52; I70-I99)	19,02		18,97	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I52; I70-I99)	-0,3
Tumores (C00-D48)	14,44	2	16,32	Tumores (C00-D48)	[illegible]
Enfermedades cerebro vasculares (I60-I69)	8,18	3	8,77	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	34,3
Accidentes (V01-X59)	7,74	4	8,16	Enfermedades cerebro vasculares (I60-I69)	[illegible]
Diabetes mellitus (E10-E14)	7,39	5	7,50	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,6
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	6,53	6	7,05	Accidentes (V01-X59)	[illegible]
Enfermedades perinatales (P00-P96)	3,32	7	3,05	Enfermedades renales (N00-N39)	12,1
Enfermedades renales (N00-N39)	2,72	8	2,59	Enfermedades perinatales (P00-P96)	[illegible]
Homicidios (X85-Y09)	2,54	9	1,93	Malformaciones congénitas (Q00-Q99)	1,7
Malformaciones congénitas (Q00-Q99)	1,90	10	1,77	Homicidios (X85-Y09)	[illegible]
Septicemia (A40-A41)	1,56	11	1,41	Enfermedades metabólicas/trastornos de la inmunidad (B20-B24; E70-E90)	4,2
Enfermedades nutricionales y anemias (D50-D64; E40-E46; E50-E64)	1,51		1,16	Enfermedades nutricionales y anemias (D50-D64; E40-E46; E50-E64)	[illegible]
Enfermedades metabólicas/trastornos de la inmunidad (B20-B24; E70-E90)	1,36		0,68	Hernia y obstrucción intestinal (K40; K46; K56)	-1,0
Hernia y obstrucción intestinal (K40-K46; K56)	[illegible]		0,55	Tuberculosis (A15-A19)	[illegible]
Tuberculosis (A15-A19)	0,55		0,35	Diarreas (A02-A09; K50-K52)	8,4
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99; A34; B20-B24)	0,35	15	0,34	Septicemia (A40-A41)	[illegible]
Diarreas (A02-A09; K50-K52)	0,33		0,27	Embarazo, parto y puerperio (O00-O95; O98-O99; A34)	-24,2
Meningitis, encefalitis (G00; G03; G04)	0,17		0,14	Meningitis, encefalitis (G00; G03; G04)	[illegible]



Fuente: MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores de Mortalidad general en Paraguay. 2012 – 2017.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

6.1. Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo

6,7 , Non- communicable chronic diseases and risk factors

Las metas 3.4 y 3.5 del ODS 3 se refieren a las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Targets 3.4 and 3.5 of SDG 3 refer to non-communicable diseases (NCDs).

Las mismas cuentan 3,9 millones de muertes cada año en las Américas representando ¾ partes del total de defunciones registradas en la región. Cuatro ENT se distinguen como responsables de la mayor carga de morbilidad: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas (29).

They cause 3.9 million deaths each year in the Americas, representing ¾ of the total deaths registered in the region. Four ENTs are distinguished as responsible for the greatest burden of disease: cardiovascular diseases, diabetes, cancer and chronic respiratory diseases (29).

En el Paraguay, la prevalencia de ***enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)*** es muy importante y creciente. En el 2017 representaron el 69,3% de la carga de enfermedad y, además, ocupan las primeras cinco causas generales de muerte desde hace varios años. **(Cuadro 3)**. En el 2017, el 35,29% de las causas de muertes se centraron en las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. Otra de las principales causas de fallecimientos fueron las enfermedades del sistema respiratorio (8,77%) y las enfermedades cerebrovasculares (8,16%) (27,28).

In Paraguay, the prevalence of chronic non-communicable diseases (NCDs) is very important and growing. In 2017 they represented 69.3% of the disease burden and, in addition, they have been the first five general causes of death for several years (Table 3). In 2017, 35.29% of the causes of death focused on diseases of the circulatory system and tumors. Another of the main causes of deaths were diseases of the respiratory system (8.77%) and cerebrovascular diseases (8,16%) (27,28).

Cuadro 3. Defunciones según causas 2015-2017 (%)

Table 3. Deaths according to causes 2015-2017 (%)

Causas*	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema circulatorio	17,8	18,9	18,97
Tumores	15,6	14,6	16,32
Enfermedades del sistema respiratorio	7,5	9,3	8,77
Enfermedades cerebrovasculares	7,3	7,3	8,16
Diabetes mellitus	8,1	8,1	7,50

Principales causas de defunciones sobre las defunciones totales reportadas en cada año.

Main causes of deaths over total deaths reported in each year.

* Ordenadas según los principales causas de defunciones reportadas en el 2017.

* Ordered according to the main causes of deaths reported in the 2017.

Fuente: MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información Sobre Estadísticas Vitales (SSIEV).

Source: MSPBS/DIGIES/DES. Subsystem of Information on Vital Statistics (SSIEV).

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

^Arc

Machine Translated by Google

En cuanto a la ***hipertensión arterial (HTA)***, según la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2011 su prevalencia era del 45,8% (de las que 53% corresponde a personas de sexo masculino y 47% al sexo femenino), cifra que se concentra en la población de 30 a 60 años de edad (el mayor pico se verifica en la franja mayor de 55 años) (30). La TM general por enfermedades hipertensivas por 100.000 habitantes en 2017 fue de 17,8, siendo la TM específica por sexo de 17,3 en varones y 18,3 en mujeres (28).

En lo referente a la ***diabetes mellitus***, la prevalencia en el 2011 era del 9,7% en la población general. El grupo etario predominante era entre los 45 y 75 años (30). El 90% de las personas que padecen esta enfermedad presentaban diabetes tipo 2 y el 10% diabetes tipo 1; siendo en este último caso los niños los principales afectados (31). La TM general (2017) por diabetes mellitus por 100.000 habitantes fue de 31,3, siendo la TM específica por sexo de 26,6 en varones y 36,1 en mujeres (28).

Con relación a ***tumores malignos***, la TM por ***tumor maligno de mama*** en mujeres por 100.000 mujeres fue de 11,3 en 2017; y por ***tumor maligno del cuello del útero***, de 10,6 (28). El ***tumor maligno de los bronquios y del pulmón*** es la principal causa de muerte por cáncer en hombres y la cuarta causa en mujeres (27,32).

En el Paraguay, los riesgos metabólicos y de estilo de vida son los principales responsables de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Entre los riesgos metabólicos, los factores que más contribuyen son el alto nivel de glucosa en sangre, la tensión sanguínea alta y un índice elevado de masa corporal. Los riesgos asociados al estilo de vida más nocivos se refieren a la dieta, la malnutrición, el sedentarismo el consumo de alcohol, drogas y tabaco (10,30).

Lic. Oscar Rafael Nolasco F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Mental health is inextricably linked to the global burden of NCDs and risk factors such as tobacco use, unhealthy diets, physical inactivity, and the harmful use of alcohol. Similarly, there is considerable overlap between the risk factors related to mental disorders and those linked to substance use. In Paraguay, in the year 2018, 55,833 people were treated for mental and behavioral disorders in the MPHSS facilities, and the mortality rate due to suicide was 6.3 per 100,000 inhabitants (27).

La salud mental está inextricablemente ligada a la carga global de las ENT y los factores de riesgo, como el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, dietas poco saludables y la inactividad física. Del mismo modo, existe una considerable superposición entre los factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales y los vinculados al consumo de sustancias. En el Paraguay, en el año 2018, 55.833 personas fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento en los servicios del MSPBS, y la tasa de mortalidad por suicidio fue de 6,3 por 100.000 habitantes (27).

Since the adoption of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in 2003, Paraguay has made significant progress in implementing the MPOWER measures. Despite this progress, tobacco use remains a major public health concern in the country. According to the 2015 Global Adult Tobacco Survey (GATS), 19% of adults aged 15 and older in Paraguay were current tobacco users, with 23% of men and 15% of women reporting tobacco use (28).

Desde la adopción del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco en 2003, Paraguay ha logrado avances significativos en la implementación de las medidas MPOWER. A pesar de este progreso, el consumo de tabaco sigue siendo una importante preocupación de salud pública en el país. Según la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) de 2015, el 19% de los adultos de 15 años y más en Paraguay eran consumidores actuales de tabaco, con un 23% de hombres y un 15% de mujeres que informaron consumir tabaco (28).

Tobacco is the leading cause of preventable disease and death in the world. A study whose objective was to evaluate the burden of disease associated with tobacco consumption in Paraguay found that, during the year 2015, cigarettes were responsible for 3,354 deaths [33].

El tabaco es la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en el mundo. Un estudio cuyo objetivo fue evaluar la carga de enfermedad asociada al consumo de tabaco en el Paraguay encontró que, durante el año 2015, el cigarrillo fue responsable de 3.354 muertes (33).

The study indicates that this (3,354) represents 12.2% of the total number of deaths in Paraguay in that year. 19% of cardiovascular deaths and 13% of deaths by ACV could be attributed to smoking. These percentages are even higher in respiratory diseases such as chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (77%) and lung cancer (83%). Also, 16% of pneumonias and 29% of deaths from other cancers are attributed to this addiction (33) (Table 3).

El estudio indica que estas (3.354) representan el 12,2% del total de las muertes que ocurrieron en Paraguay en ese año. El 19% de las muertes cardiovasculares y el 13% de las producidas por ACV pueden atribuirse al tabaquismo. Estos porcentajes son incluso más elevados en las enfermedades respiratorias como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (77%) y cáncer de pulmón (83%). También, 16% de las neumonías y 29% de las muertes por otros cánceres se atribuyen a esta adicción (33) (Cuadro 3).

Each year, smoking is responsible for 22,386 deaths. Of these, 9,075 correspond to heart attacks and cerebrovascular diseases, 1,414 to ACV, 1,410 to new cancer diagnoses per year and 10,385 to COPD. The fraction attributable to cancer is 83% in lung and larynx cancer, 68% in mouth and pharynx cancer and in cancer of the esophagus, with influence also in cancer of the stomach, pancreas and kidney (33) (Table 4).

Cada año, el tabaquismo es responsable de 22.386 muertes. De estos, 9.075 corresponden a ataques al corazón y enfermedades cerebrovasculares, 1.414 a ACV, 1.410 a nuevos diagnósticos de cáncer por año y 10.385 a EPOC. La fracción atribuible al cáncer es del 83% en el cáncer de pulmón y de laringe, del 68% en el cáncer de boca y faringe y en cáncer de esófago, con influencia también en el cáncer de estómago, páncreas y riñón (33) (Cuadro 4).

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Cuadro 4. Muertes y eventos asociados y atribuibles al tabaquismo en el Paraguay, 2015

Table 4. Deaths and events associated and attributable to smoking in Paraguay, 2015

Patología asociada al tabaquismo / Pathologies associated with smoking	Muertes totales / Total deaths	Muertes atribuibles / Attributable deaths		Eventos totales / Total events	Eventos atribuibles / Attributable events	
		n	%		n	%
Infarto de miocardio / Myocardial infarction	2.870	573	20	18.959	5.077	27
Síndrome coronario agudo no IAM / Acute coronary syndrome	519	94	18	17.669	3.972	22
Muerte cardiovascular de causa no isquémica / Cardiovascular death	184	26	14	184	26	14
Accidente cerebrovascular / Stroke	1.770	271	15	8.433	1.414	17
Cáncer de pulmón / Lung cancer	728	607	83	772	644	83
Neumonía / Pneumonia	652	8	16	626	74,887	12
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica / Chronic obstructive pulmonary disease	1.774	907	77	14.887	10.385	70
Cáncer de boca y faringe / Mouth and pharyngeal cancer	39	26	67	105	71	68
Cáncer de esófago / Esophageal cancer	158	108	68	170	115	68
Cáncer de estómago / Stomach cancer	314	75	24	409	97	24
Cáncer de páncreas / Pancreatic cancer	285	59	21	296	61	21
Cáncer de riñón / Kidney cancer	52	16	31	90	30	33
Cáncer de laringe / Laryngeal cancer	139	115	82	280	232	83
Leucemia / Leukemia	211	39	18	228	42	18
Cáncer de vejiga / Bladder cancer	44	20	45	143	64	45
Cáncer de cuello de útero / Cervical cancer	426	27	6	865	55	6
Tabaquismo pasivo y otras causas / Passive smoking and other causes	386	386	100	NC	NC	NC
Total por patologías asociadas al tabaquismo / Total by pathologies associated with smoking	9.351	3.354	36	64.115	22.386	35

NC: No corresponde. IAM: Infarto agudo de miocardio. / NC: Not applicable. AMI: acute myocardial infarction.

Fuente: Bardach A y col. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en el Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 18.

6.2. Enfermedades transmisibles

La meta 3 del ODS 3 se refiere a poner fin a las epidemias del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles (14).

Goal 3 of SDG 3 refers to ending the epidemics of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combating hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases (14).

En el Paraguay, desde el inicio de la epidemia en el año 1985 hasta el año 2018 se registraron un total de 19.811 personas con diagnóstico de ***infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)***, de los cuales 6.020 estaban categorizados como

In Paraguay, from the beginning of the epidemic in 1985 to the year 2019, a total of 19,811 people were registered with a diagnosis of infection by the human immunodeficiency virus (HIV), of which 6,010 were missing, categorized as

Machine Translated by Google

SIDA. En el mismo periodo citado, 4,853 registran 4,853 personas fallecidas, por tanto, a fines de 2018 se registran 14,958 personas viviendo con el VIH. La tasa de mortalidad global fue de 2,72 x 100,000 habitantes en 2018, con una tendencia estable (34).

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en el 2018 fue de 22,18 x 100,000 habitantes, con una noticeable diferencia entre hombres y mujeres, siendo para los primeros 31,25 x 100,000 habitantes y para las mujeres 12,95 x 100,000 habitantes. En cuanto a la tendencia en los últimos 10 años, se puede observar que la tasa de diagnóstico se incrementó de 14,98 a 22,18 x 100,000 habitantes, sin embargo se mantiene estable en los últimos 5 años, aunque en 5 years, although it presents an upward trend for men (3. 4).

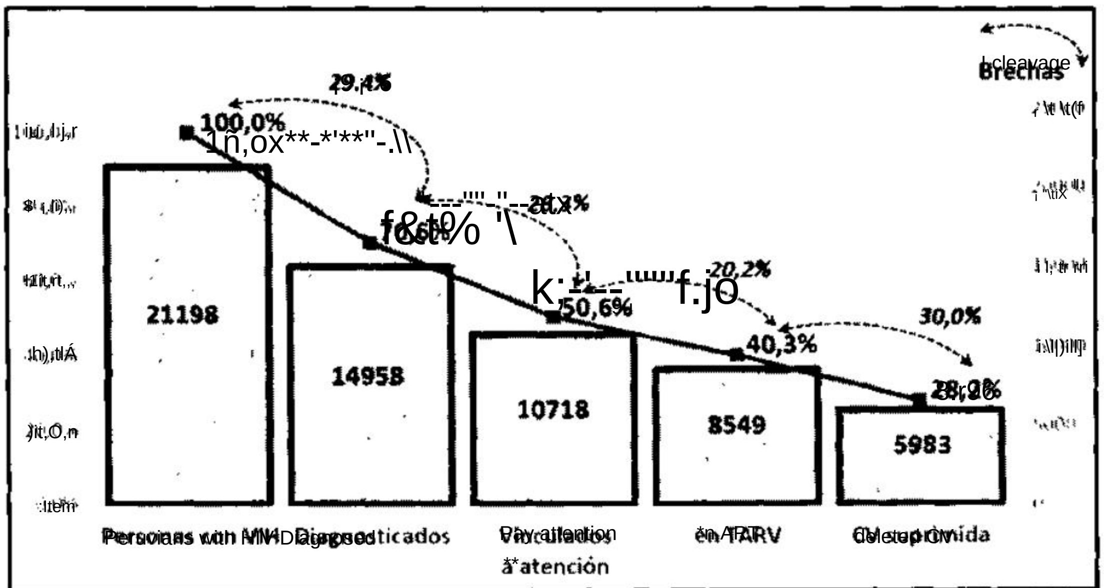
El número de embarazadas con nuevo diagnóstico de infección por el VIH en el año 2010 fue de 136 casos y de 109 en el año 2018. El número de niños menores de 5 años diagnosticados ha disminuido de 17 en el año 2009 a 8 en el año 2018, siendo la tasa de diagnóstico de 1,14 x 100,000 niños menores de 5 años. La tasa de mortalidad global fue de 2,72 x 100,000 habitantes en el 2018, con una tendencia estable. La tasa de mortalidad en hombres se incrementó de 3,42 a 3,91 entre el 2008 y el 2018 (34).

En la **figura 11** puede observarse la cascada de la atención a personas con VIH con importantes brechas en el número de personas estimadas que viven con el VIH en el país, el número de personas registradas que se vinculan a los servicios, que continúan en tratamiento antirretroviral (TARV) y que tienen carga viral (CV) plasmática suprimida (34).

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 11. Cascada de la atención al VIH, Paraguay 2018



Source: MSPBS. National Program for the Control of HIV/AIDS/ITS. Status report HIV epidemiology. Paraguay 2018.

The incidence rate of tuberculosis (TB) has remained high, increasing from 30,5 per 100,000 inhabitants in 2013 to 37,0 in 2017, occurring in the latter year 2,770 cases and 159 deaths throughout the country. Asunción, Central and Alto Paraná register the highest number of people affected with TB, 54% of the cases come from these regions. The most affected group is the economically active, between 20 and 54 years of age. There is also a significant number of children, more than 250 under 14 years diagnosed with this pathology (27,35).

Vector-borne diseases are a major health problem in the country. ***Dengue*** since 2009 presents a behavior endemic, circulating the different known virus serotypes, DEN-1, DEN-2, DEN-3 and DEN-4, in different registered epidemics, determined by environmental factors, social and behavioral factors that favor the presence and permanence of the breeding sites of the transmitter vector (36,37).

Lic. Oscar Rubén Vellach F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Del 2011 al 2015, el Paraguay enfrentó una de las mayores epidemias de dengue de su historia, que en el 2013 ocasionó 133,718 casos y 251 defunciones (27,38). En el 2018 el número de casos confirmados por resultados de laboratorio de referencia nacional fue de 3,414 (38).

From 2011 to 2015, Paraguay faced one of the largest dengue epidemics in its history, which in 2013 caused 133,718 cases and 251 deaths (27,38). In 2018 the number of cases confirmed by national reference laboratory results was 3,414 (38).

La introducción de la enfermedad Chikungunya fue notificada en junio del 2014, una emergente enfermedad emergente en las Américas (37). Fueron 8 los casos confirmados de los cuales 7 (adquirieron la infección en países del Caribe Latino y la Región Andina) y 1 autóctonos (relacionado a casos importados). En el año 2018, se registraron 1.234 casos compatibles de los cuales 67 fueron casos confirmados y 1.167 casos probables. Comparado con el año 2017, en el mismo periodo, se registraron 63 casos (8 confirmados y 55 probables) (38).

The introduction of Chikungunya disease was notified in June 2014, an emerging disease in the Americas (37). There were 8 confirmed cases, of which 7 were imported (acquired the infection in countries of the Latin Caribbean and the Andean Region) and 1 autochthonous (related to imported cases). In 2018, 1,234 compatible cases were registered, of which 67 were confirmed cases and 67 1,167 probable cases. Compared to the year 2017, in the same period, 63 cases (8 confirmed and 55 probable) (38).

En Noviembre del 2015, el Laboratorio de Referencia Nacional confirma el diagnóstico de ***la infección por el virus Zika*** y se identificaron 6 casos. En el año 2017, se captaron 8 casos (6 confirmados y 2 probables) y en 2018 fueron notificados 7 casos compatibles (4 confirmados y 3 casos probables) (38).

In November 2015, the National Reference Laboratory confirmed the diagnosis of Zika infection and 6 cases were identified. In the year 2017, 8 cases were captured (6 confirmed and 2 probable) and in 2018 notified 7 compatible cases (4 confirmed and 3 probable cases) (38).

En el Paraguay se ha logrado eliminar la transmisión autóctona de la malaria y se obtuvo la certificación de país libre otorgado en el año 2018 por la OMS, ***por lo que ha cumplido con una de las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6B*** (36,38).

In Paraguay, the autochthonous transmission of malaria has been eliminated and the certification of free country granted in 2018 by the WHO was obtained, for which it has met one of the goals of the Millennium Development Goal 6B (36,38).

6.3. Salud sexual y reproductiva y salud materna infantil

La meta 3.7 y 3.2 del ODS 3 están relacionadas con la salud reproductiva, materna e infantil (14). El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años actualmente usando (o que su pareja usa) algún método anticonceptivo moderno es de 66,5 %. Los métodos de planificación familiar incluyen: inyectables, píldora, condón masculino, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), LAM (MELA - método de la amenorrea de la lactancia), esterilización masculina, condón femenino, diafragma/espuma/lubricante, implantes (39).

Target 3.7 and 3.2 of SDG 3 are related to reproductive, maternal and child health (14). The percentage of women between the ages of 15 and 49 currently using (or having their partners use) some modern contraceptive method is 66.5%. Family planning methods include: injectables, pill, male condom, female sterilization, intrauterine device (IUD), LAM (Lactational Amenorrhea Method), male sterilization, condom, diaphragm/foam/lubricant, implants (39).

Lic. Oscar Rubén Valdovinos F.
Secretario General

Machine Translated by Google

The scope of the use of modern contraceptives varies according to characteristics, exemplified in this section by the educational level of women of childbearing age. So, the use of any method by women aged 15 to 49 who do not have educational training is 59.9%, while if the education is of a higher level (university and non-university) access rises to 65%. The most recent estimates suggest that 31.6% of women of reproductive age who are married or living with a partner do not use any contraceptive method (39).

In 2017, 115,895 live births were registered, of which 97.9% occurred in health establishments; of those mentioned, 67% correspond to deliveries performed in health institutions dependent on the MSPBS. According to 2017 records, around 19,000 live births correspond to adolescent mothers between 10 and 19 years of age, a fact that represents 16.5% of the total number of live births for the year (27,28).

The records show a maternal mortality ratio (RMM) of 70.8 per 100,000 live births (NV) in 2018, which implies 79 maternal deaths. The main causes of death are related to pregnancy, childbirth and puerperium care and, for the most part, can be preventable, such as toxemia (20.3%), hemorrhage (15.2%), abortion (20.3%), and sepsis (5.1%) (27,29). Within the framework of the PND 2030, the country commits to reduce the MMR by 2023 to 56 per 100,000 live births and by 2030 to 24 per 100,000 live births (4).

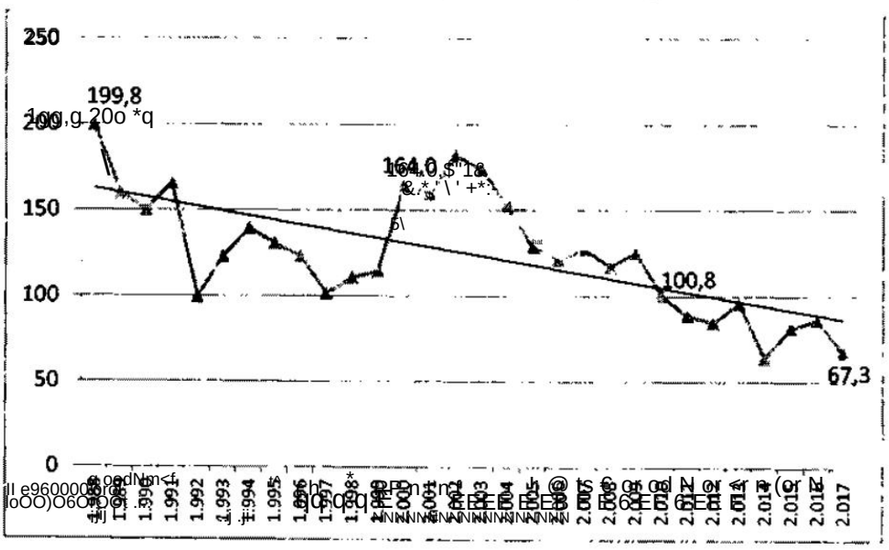
Although, looking at the evolution of the MMR data from a perspective of almost three decades, the trend is decreasing. However, in the last 7 years the value of the Maternal mortality ratio has oscillated between 96 and 63.9 x 100,000 NV **(Figura 12)** (27,28). Paraguay is advancing in this sense, but mechanisms and actions tending to improve this indicator of impact should continue to be strengthened due to its great importance for the health system.

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 12. Evolución de la RMM (1988 - 2017) x 100,000 NV

Figure 12. Evolution of the RMM (1988 - 2017) x 100,000 NV



Fuente: MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).

Source: MSPBS/DIGIES/DES. Vital Statistics Information Subsystem (SSIEV).

La reducción de la mortalidad materna depende de manera crucial de que las mujeres tengan garantizado el acceso a una atención de calidad en el período preconcepcional, durante el embarazo, parto y puerperio (38).

The reduction of maternal mortality depends crucially on women having guaranteed access to quality care in the pre -conception period , during pregnancy , childbirth and the postpartum period (35).

En consonancia con los progresos observados en el mundo en la reducción de la ***mortalidad infantil***, en el Paraguay se cuenta con una tasa registrada de mortalidad infantil de 13.23 por cada 1,000 nacidos vivos. Este valor es 25% menor a la tasa predominante una década atrás. No obstante, es preciso mencionar que la tasa estimada arroja un valor mayor equivalente a 25.62 por cada 1,000 MV **(Figura 13)**. Esta diferencia llama a tomar medidas no solo en lo que concierne a las medidas preventivas de la mortalidad, sino también a mejorar el sistema de registros de modo a disminuir la diferencia (27,28).

In line with the progress observed in the world in reducing infant mortality , Paraguay has a registered infant mortality rate of L3.23 per 1,000 live births . This value is 250/or less than the prevailing rate a decade ago. However , it should be mentioned that the estimated rate yields a higher value equivalent to 25.62 per 1,000 MV (Figure 13). This difference calls for taking measures not only with regard to preventive measures of mortality , but also to improve the registration system in order to reduce the difference (27,28) .

Uno de los componentes de la mortalidad infantil es la ***mortalidad neonatal***. Las muertes ocurridas dentro de los 28 primeros días de vida del nacido explican el 71% de la mortalidad infantil. En el Paraguay, a de cada 1,000 nacidos vivos fallecen dentro de los primeros 28 días de vida. Las principales causas de fallecimiento de niños de 1 a 59

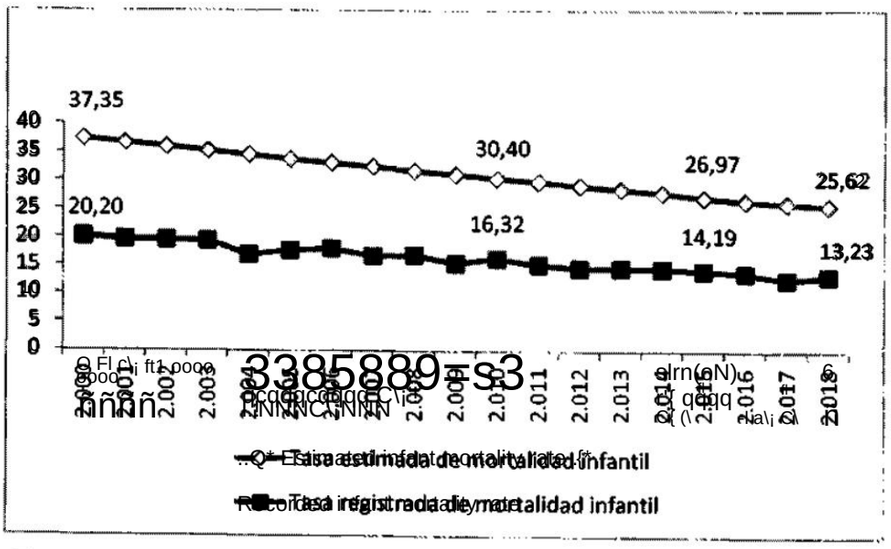
One of the components of infant mortality is neonatal mortality. Deaths that occurred within the first 28 days of the newborn explain 71% of infant mortality. In Paraguay, 9 out of every 1,000 live births die within the first 28 days of life. The main causes of

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

meses son las causas externas, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y las complicaciones derivadas de la neumonía e influenza, estas tres causas explican el 56% de las defunciones de los menores de 5 años, cuya tasa de mortalidad es de 14,5 por cada 1.000 nacidos vivos (19,27).

Figura 13. Tasa registrada y estimada de mortalidad infantil (2000– 2018) por 1000 NV



Fuente: MSPBS/DIGIES/DIGIES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).
STP/DGEEC. Paraguay. Proyección de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025. En base al Censo de Población del 2012. Revisión 2015.

Lic. Oscar Rubén Vellacich R.
Secretario General

Machine Translated by Google

7. SISTEMA DE SALUD

7.1. Organización

La Constitución Nacional del Paraguay (1992) en sus artículos 6º, 7º, 68º, 69º y 70º *garantiza el derecho a la salud de sus habitantes* y presenta un concepto amplio de salud enfermedad que reconoce condiciones relativas a la calidad de vida y sus vínculos con el desarrollo social y económico del país (41,42). *El SNS, creado por la Ley 1032/96 (43), está integrado por los sectores público, privado y mixto*, y se caracteriza tanto por su falta de integración como por su cobertura territorial asimétrica.

El sector público está constituido por el MSPBS, la Sanidad Militar, la Policía y de la Armada, el Instituto de Previsión Social (IPS) y el Hospital de Clínicas con el Centro Materno Infantil, pertenecientes a la Universidad Nacional de Asunción. *El sector privado* cuenta con entidades sin fines de lucro como las organizaciones no gubernamentales, las cooperativas y otras lucrativas instituciones de medicina prepaga y proveedores privados. La Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta que recibe financiamiento privado del Ministerio como de una fundación privada sin fines de lucro.

Cada sector cubre distintos grupos de población, fundamentalmente sobre la base de su régimen laboral y capacidad de pago. Aunque por ley *la autoridad sanitaria es el MSPBS, la rectoría que ejerce es débil y, en la práctica, el SNS trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios*, por lo que cada segmento de la población recibe diferentes prestaciones y niveles de calidad (10,36).

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL

rwk. de la gente

Artículo 16 del decreto N° 21.376/1998 (44), establece la nueva organización y estructura funcional del MSPBS, que explicita y determina en el inciso 4, la creación de 18 regiones sanitarias y sus redes de servicios, institutos, hospitales generales y especializados, según niveles de atención y complejidad, por lo cual, se han desarrollado en las últimas décadas, entre otras operativas, las Redes Consejos de Salud: Consejo Nacional de Salud (CNS), Consejos Regionales (CRS) y Consejos Locales de Salud (CLS), cuyo manejo de recursos se regla mediante la Ley N° 3.007/2006 (45). También se cuenta con el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASAPI) creado por Ley 5.469/2015 y constituido por Resolución SG N° 194/2016 (46).

Para avanzar hacia la CUS, el gobierno nacional comenzó a implementar una estrategia ambiciosa de APS en 2008, que implicó la construcción de Unidades de Salud de la Familia (USF) y la eliminación de las tarifas en las prestaciones para los usuarios en el sistema público de salud. La estrategia de APS modeló un nuevo paradigma en el modelo de atención, pues concibe a la salud como un derecho humano fundamental, que atiende de las necesidades y problemas de salud de las personas, cerca de donde viven, con participación comunitaria, a lo largo de su ciclo de vida.

En el marco de la estrategia, se instalaron USF como parte de la red integrada de servicios de salud a cargo de un equipo de profesionales conformado por médicos, licenciados/os en enfermería, auxiliares en enfermería y agentes comunitarios de salud. Para asegurar la disponibilidad de medicamentos y transparentar la rendición de cuentas, en 2008 se elaboró por primera vez la lista de medicamentos esenciales, que actualmente requiere de actualización, junto con la instauración del Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay (SICIAP), aunque este último no implementado en la práctica de manera sistemática e integral en los establecimientos de salud del MSPBS.

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

Los MSPBS del MSPBS dentro de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RISS) (47) prestan servicios a través de 1.388 establecimientos de salud y 5.784 (27), 8.047 unidades de salud de la familia (con una cobertura actual del 37,7% de la población), 37,7 puestos de salud a ser gradualmente convertidos, 104 centros de salud, 2 centros de atención de especialidades, 12 hospitales especializados de referencia nacional, 20 hospitales generales (17 hospitales generales ubicados en cabeceras departamentales, 4 hospitales generales dependientes de la XVIII Región Sanitaria, Asunción) 7 hospitales maternos infantiles, 33 hospitales distritales ubicados en cabeceras distritales, 1 hospital básico de baja complejidad (105) y 43 dispensarios (48).

La implementación de la RISS aún es débil por la falta de articulación entre los diversos niveles de la estructura, persistiendo la atención de salud fragmentada (coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud en un mismo segmento). A pesar de que la estrategia principal de salud del país está basada en la APS, las USF no tienen resolutividad para realizar prevención, ya que sólo 4% de los recursos del MSPBS se destinan a la atención preventiva, mientras que el 44% del gasto se concentra en la atención curativa (49).

La infraestructura edilicia es deficiente e insuficiente, existe déficit de equipamientos de alta complejidad y de recursos humanos. La adquisición y logística de medicamentos con gestión de datos manuales es ineficiente en toda la red de atención primaria. También se presenta fragilidad en el uso racional de medicamentos esenciales e insuficiente disponibilidad de los mismos.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

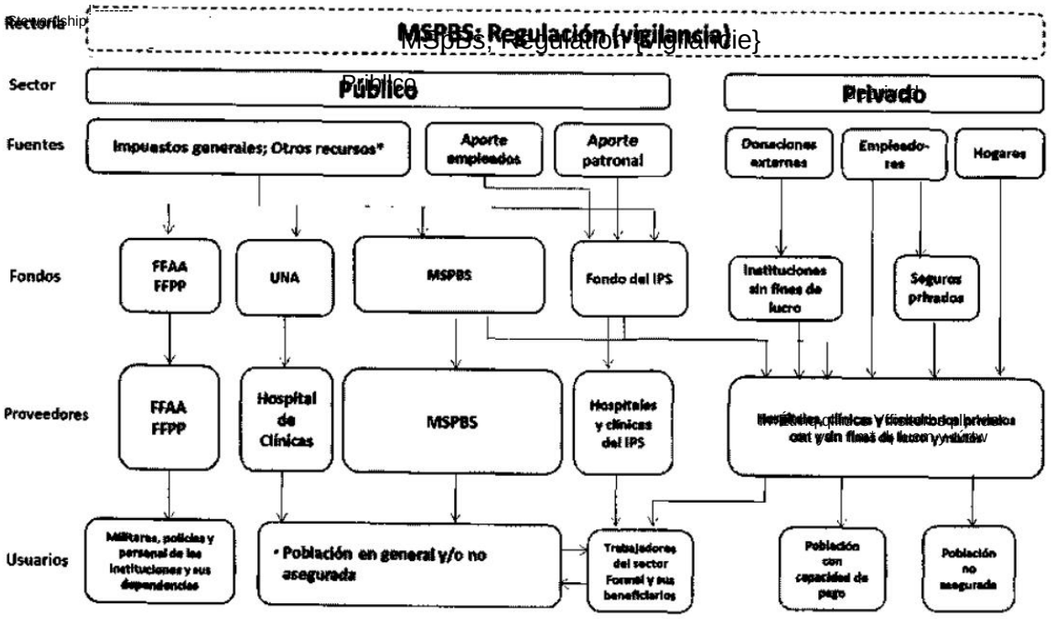
7.2. Financiamiento

Si bien el MSPBS es responsable de la administración y regulación del sector salud, también tiene el mandato de proveer servicios de salud gratuitos a toda la población que no está financiada por los impuestos generales, tiene una cobertura poblacional del 73%. Por otro lado, el IPS provee seguro de salud a los empleados formales (19,4%) y está financiado principalmente por impuestos sobre la nómina laboral. El resto de la población (7,5%) está cubierta por prestadores privados, la policía, los militares y la Universidad Nacional de Asunción con el Hospital de Clínicas (28) **(Figuras 14 y 15).**

Although the MSPBS is responsible for the administration and regulation of the health sector, it also has the mandate to provide free health services to the entire population that is not financed by the general taxes, has a 73% population coverage. The IPS provides insurance coverage to formal employees (19.4%) and is financed by payroll tax. The rest of the population (7.5%) is covered by private providers, the police, the military and the National University of Asunción with the Hospital de Clínicas (28) (Figures 14 and 15).

Figura 14. Situación actual del financiamiento del sistema de salud del Paraguay

Figure 14. Current situation of financing of the Paraguayan health system



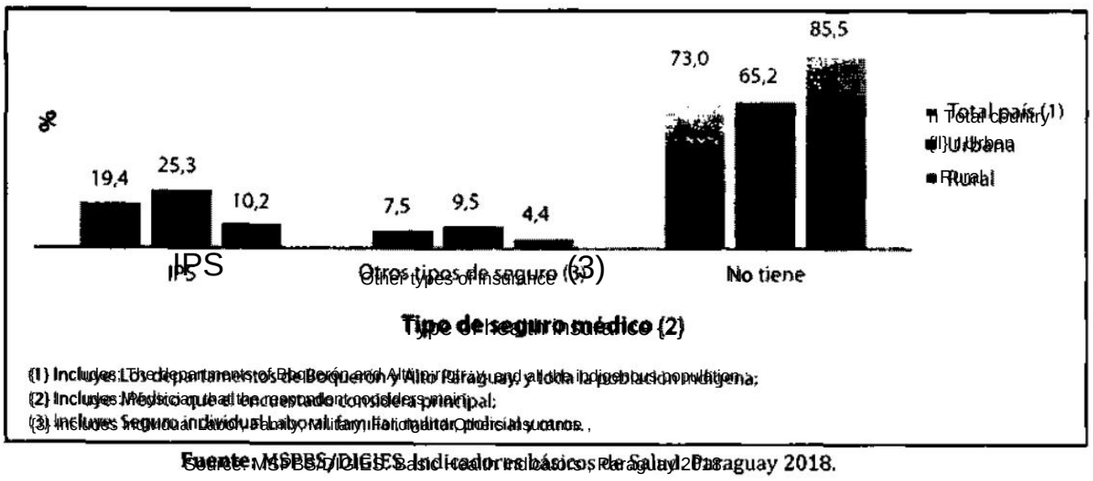
* Crédito externo, pagos de Royalties por Itaipú y Yacyretá.

Fuentes: MSPBS, 2019.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 15. Porcentaje de la población por tipo de seguro médico, según área de residencia. Año 2017



(1) Incluye: Los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay y toda la población indígena;
(2) Incluye: Médico que el encuestado considera principal;
(3) Incluye: Seguro individual, laboral, familiar, militar, policial y otros.

Fuente: MSPBS/DIGIES. Indicadores básicos de Salud Paraguay 2018.

El gasto total en salud del Paraguay en términos nominales fue de Guaraníes (Gs.) 9.999.002 millones en el año 2012 ascendiendo a Gs. 14.999.009 millones en el año 2017, esto es un crecimiento de 50% (49). Estos resultados compuestos por dos principales indicadores presentados en millones:

- El primero de ellos, *el gasto corriente en salud* que en el año 2012 fue de Gs. 9.630.133 pasó a Gs. 14.553.376 esto representa un crecimiento de 51%. Durante el último período de análisis este componente representa el 98% del gasto total en salud.
- El segundo componente, *el gasto de capital o de inversión* es mucho menor comparativamente, y durante el año 2012 alcanzó la suma de Gs. 368.870 millones pasando en el año 2017 a Gs. 445.633 millones, un crecimiento de 21% en seis años, este último expendio representa el 3% del gasto total en salud en dicho año y 0,2% del Producto Interno Bruto (PIB).

El **cuadro 5** muestra la evolución de los principales indicadores del financiamiento en salud en millones de Gs. corrientes y su distribución por sectores a partir del año 2012 al 2017.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Table 5. Evolution of the main indicators of Health Accounts.

Years 2012 – 2017

Indicator. In millions. National Currency	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Current Health Expenditure	9.630.133	10.128.726	11.957.064	12.710.496	13.750.527	14.553.376
Capital Expenditure	368.870	392.269	261.525	326.240	513.192	445.633
Total Health Expenditure	9.999.002	10.520.995	12.218.590	13.036.736	14.263.720	14.999.009
Public Current Expenditure	4.510.179	4.472.829	5.750.218	6.000.646	6.491.965	6.640.588
Private Current Expenditure	5.119.953	5.655.897	6.206.847	6.709.850	7.258.563	7.912.788

Source: MSPBS, CS 2017.

Per capita spending on health in the year 2017 amounted to 376 American Dollars (United States Dollar-USD) (Guaranies 2,092,913), ***total public spending on health*** was USD 172, and ***private spending on health*** was USD 205. ***Public spending Total health care*** has increased in recent years from 2.7% of GDP in 2013 to 3% of GDP in 2018, the two main service providers being the MSPBS and the IPS (49). The aforementioned expense represents only half of the value (6% PIB) recommended by the WHO as necessary to be able to generate a system with inclusive coverage and access.

The per capita health expenditure analyzed according to entities has great differences; Concentrating the analysis in the year 2017, it is observed that the MSPBS has an expense of US$ 136, being the largest provider of health services and with the largest assigned population (5,033,094 inhabitants, covering 73.24% of the population) at those people who do not have any type of medical insurance) and the cost in dollars is much lower than that of the IPS, which has a per capita cost of US$ 340 per insured; in prepaid medicine there is a cost of US$ 649 **(Figure 16)** (49).

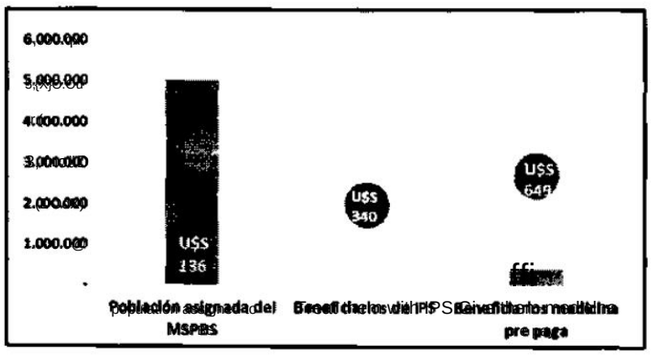
Lic. Oscar Rubén Vellacich r.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 16. Gasto per cápita y beneficiarios asignados (USD).

Figure 16. Per capita spending and assigned beneficiaries (USD).

Año 2017



Fuente: MSPBS. Cuentas de Salud, 2017. DGEEC. Paraguay en Cifras. Banco Central del Paraguay.

Pese al leve crecimiento del gasto público total, **el gasto privado** sigue siendo mayor (4,3% del PIB en 2018), conformado principalmente por pagos directos de bolsillo o más conocido como gasto de bolsillo del paciente, evidenciando de esta manera la limitada protección financiera a los hogares pobres y vulnerables [a9].

Despite the slight growth in total public spending, private spending continues to be higher (4.3% of GDP in 2018), made up mainly of direct household payments or better known as patient out-of-pocket spending, thus evidencing limited financial protection for poor, rural and indigenous households [a9].

El gasto de bolsillo, representa una barrera para el acceso, considerando que pueden llevar a un hogar en un estado de pobreza extrema, en la medida que dichos gastos son efectuados a expensas de la adquisición de otros bienes y servicios. Actualmente el gasto de bolsillo alcanza el **44%** del gasto en salud. La mayor parte de los gastos se da en la compra de medicamentos, seguido de gastos destinados a exámenes laboratoriales y radiografías, gastos de hospitalización e internación, otros gastos (comida, consulta, transporte, etc.) (49) **(Figura 17)**.

Out-of-pocket spending represents a barrier to access, considering that they can lead a household in a state of extreme poverty, to the extent that such expenses are incurred at the expense of the acquisition of other goods and services. Currently, out-of-pocket spending reaches 44% of health spending. Most of the expenses are for the purchase of medicines, followed by expenses for laboratory tests and X-rays, hospitalization and hospitalization expenses, other expenses (food, consultation, transportation, etc.) (49) **Figura 17**.

Lic. Oscar Rubén Vellacich L.
Secretario General

Machine Translated by Google

Figura 17. Participación de los componentes del gasto de bolsillo en salud. Años 2012-2017

Fuente: MSPBS. Cuentas de Salud, 2017.

7.3. Sistema de información en salud

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) es la herramienta fundamental para diagnosticar la situación sanitaria del país y sus tendencias, planificar y tomar decisiones oportunas basadas en evidencia para todos los escenarios definidos en el proceso de reforma en salud. Es un sistema complejo, abierto y jerárquico, compuesto por subsistemas con sus especificidades propias (50).

Genéricamente, desde el punto de vista de sus funciones, los subsistemas de información pueden ser clasificados en cuatro grandes grupos: sistema de información epidemiológica; sistema de información económica financiera y administrativa; sistema de información sociodemográfica; y sistema de información de carácter clínico (50).

Lic. Oscar Rubén Vellacica R.
Secretario General

Machine Translated by Google

Although work has been done to strengthen the SINAIS and improvements are evident in data collection, in the quality of the information and in the interconnection, still persisten importantes limitaciones que conllevan a una escasa utilización del sistema de información en salud para la toma de decisiones en la gestión social y en la definición de políticas públicas. Las principales dificultades se relacionan con (50, 51):

- La fragmentación del sistema;
- La superposición de tareas;
- La diversidad de formularios sin regulación por falta de normativas y procedimientos estandarizados;
- La escasa informatización y ausencia de redes informatizadas entre los establecimientos de salud de diferentes niveles;
- El servicio de Internet con cortes e intermitencias de la señal causando retrasos en la carga de datos;
- Equipos informáticos insuficientes en las diferentes áreas de los establecimientos de salud lo que impide y/o retrasa el uso de las herramientas informáticas de recolección de datos para reportar datos en tiempo y forma.

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

8. AVANCES Y DESAFÍOS

El Paraguay ha mostrado progresos en el compromiso asumido de avanzar hacia el ***AUS-CUS***. En relación a aspectos de rectoría, ***el MSPBS ha elaborado la PNS 2015-2030*** (2) ***como mapa a seguir en materia de salud pública***, dentro del marco legal de la institución, acorde a los ODS y el Plan Estratégico de la PPS (7). Considerando el contexto nacional, la PNS ha establecido siete líneas estratégicas de acción (2) **(Cuadro 6)**.

Cuadro 6. Estrategias de la Política Nacional de Salud 2015 -2030

1	Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
2	Fortalecer la atención primaria de la salud articulada en redes integradas.
3	Fortalecer las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales.
4	Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos.
5	Fortalecer de la gestión del talento humano en salud.
6	Desarrollar y fortalecer la salud pública en las fronteras.
7	Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos. Así como, promover el acceso e innovación a tecnología sanitarias.

Fuente: MSPBS. Política Nacional de Salud 2015-2030. Avanzando hacia el Acceso y Cobertura Universal de la Salud en el Paraguay; 2015.

La Política Nacional de Calidad 2017- 2030, responde a los principios y estrategias definidos en la PNS 2015 -2030 y establece un marco normativo de las acciones relacionadas a la mejora de la calidad de atención del SNS. Brinda líneas acción para trabajar los temas de calidad en los servicios, que, entre otros aspectos, tienen que ver con infraestructura, con procesos para generar resultados que sean realmente eficientes y sostenibles (52).

Lic. Oscar Rubén Vellacich r.
Secretario General

A partir del año 2001 y con el objetivo de disminuir las barreras económicas de acceso a los servicios, el MSPBS inició la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por la prestación de servicios. Se eliminó el pago directo del bolsillo por servicios médicos y odontológicos, incluidos los medicamentos esenciales, asumiéndose el desafío de garantizar la provisión de servicios.

Se ha trabajado también en fortalecer la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y comunidades. Se aumentó la capacidad resolutiva del primer nivel con la instalación de las USF, articuladas en ***RIISS y basadas en la estrategia de atención primaria de salud*** (47). En el **anexo 1**, también se presenta el alcance y cumplimiento del anterior plan estratégico institucional 2013-2018.

A pesar de los avances en la situación de salud ya descritos, de contar con un marco legal que expone de manera explícita el derecho a la salud (41), de haber establecido una ruta a seguir plasmada en la PNS 2015-2030 (2) y de haber aumentado la inversión en salud, la ineficiencia del sistema de salud genera ***desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios*** y el ***financiamiento es aún insuficiente*** para cumplir con todas las necesidades.

El Paraguay debe superar importantes desafíos y eliminar brechas, que en conjunto, evidencian la necesidad de una reforma integral del sistema de salud que permita alcanzar las metas del AUS y la CUS, consignadas en los ODS. Los resultados del análisis institucional interno y externo (Análisis FODA), también exponen la mencionada situación (54) **(Cuadros 7 y 8).**

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Cuadro 7. Resultados de Análisis FODA (Fortalezas y Debilidades)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. Ente rector del Sistema de Salud.	1. Alta segmentación en la articulación de las redes de servicios de salud.
2. Recursos Humanos competentes en las diferentes áreas de la institución.	2. Débil ordenamiento sistémico de normas y reglamentaciones institucionales en el ámbito administrativo y de la salud.
3. Establecimientos de salud instalados en las 18 regiones sanitarias.	3. Desprotección ante eventos de riesgos, emergencias, epidemias y alta morbilidad por enfermedades prevenibles (enfermedades transmisibles y no transmisibles).
4. Provisión gratuita de medicamentos, insumos a usuarios que acuden a los servicios.	4. Infraestructura edilicia deficientes e insuficientes.
5. Principales prestadores de servicios de salud a la población con intervenciones de alta, media y baja complejidad.	5. Programas de procesamientos de datos con información de gran volumen desfasados.
6. Define políticas, planes y programas a ser ejecutados a nivel nacional del ámbito de la salud.	6. Sistema informático no integrado.
	7. Baja cobertura de conexión de internet.
	8. Equipos informáticos obsoletos e insuficientes.
	9. Alta rotación de Recursos humanos calificados.
	10. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud.
	11. Capacidad resolutiva limitada para situaciones de emergencia.
	12. Capacidad gerencial de RRHH debilitado.

Fuente: MSPBS. MECIP - Matriz FODA Componente Corporativo de Control Estratégico. RESOLUCIÓN SG Nº 24/2019.

Cuadro 8. Resultados de Análisis FODA (Oportunidades y Amenazas)

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
1. Cooperaciones internacionales.	1. Continuo retraso para la disponibilidad de los recursos financieros asignados en el presupuesto.
2. Establecimientos de convenios y alianzas interinstitucionales.	2. Migraciones del área rural al área urbana que ocasiona hacinamientos y sobrecargas a los servicios de salud.
3. Disponibilidad de capacitaciones y becas nacionales e internacionales.	3. Epidemias y pandemias.
4. Intercambios de experiencias con entidades nacionales e internacionales.	4. Incumplimiento de alianzas y convenios.
5. Crecimiento económico ascendente.	5. Corrupción.
6. Desarrollo constante de las TICs.	6. Alto índice de accidentes de tránsito.
	7. Fuga de RRHH capacitados.
	8. Procesos externos sin continuidad.

Fuente: MSPBS. MECIP – Matriz FODA Componente Corporativo de Control Estratégico. RESOLUCIÓN SG Nº 24/2019.

Lic. Oscar Rubén Valiente I.
Secretario General

Machine Translated by Google

El Paraguay se enfrenta a una doble carga de enfermedad que resulta de un aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y de problemas no resueltos, como las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. ***Debe adecuar la provisión de servicios a las necesidades epidemiológicas de la población.***

El acceso a la atención médica y la cobertura del seguro son aún limitados. El derecho a un conjunto específico de beneficios de salud es muy restringido y está fuertemente vinculado con la capacidad de pago de las personas. ***En ese sentido, casi el 80% de la población no tiene seguro, por lo tanto, no tiene derecho a un conjunto específico y garantizado de beneficios***, incurre en gastos catastróficos de salud y está expuesta a otros riesgos financieros (10,27,28,44,49).

La capacidad de prestación de servicio es limitada para implementar progresivamente un plan de servicios de salud mínimo que incluya un sistema integrado entre las redes públicas y privadas. La opción del plan mínimo deberá basarse en la factibilidad financiera del plan, las enfermedades prevalentes que afecten a la población, y la capacidad de prestación de servicios de las diferentes redes.

Se deben ***superar las limitaciones institucionales del sistema de salud***, caracterizadas por la segmentación de la cobertura y la fragmentación de los servicios, ***consolidar un ente rector más fuerte***, fortalecer la implementación del marco legal para la gobernanza del sistema nacional de salud, así también fortalecer y agilizar sus cuerpos legales y regulatorios (6). El MSPBS debe ***redefinir sus funciones y su estructura con el fin de abordar de la mejor manera posible las desigualdades en salud.***

Es necesario aumentar el gasto público en salud y la protección financiera para eliminar las barreras de acceso y el pago directo de bolsillo por la prestación de servicios. ***Se debe aumentar la eficiencia en el sistema de salud*** con mayor énfasis en el financiamiento y organización mediante la determinación de un conjunto de

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

actions, such as the strengthening of primary health care, incorporation of new drugs and other technologies.

It is necessary to continue with the creation of the USF, the rehabilitation of the existing ones, the provision of medical and general equipment, the incorporation of human resources, their training and continuous training, as well as implementing other strategies aimed at reducing the gaps in primary care coverage.

Paraguay must invest more in the development, interconnection and interoperability of health information systems to improve the quality of health information. It is essential that information be collected and shared within institutions and between subsystems that provide complete and accessible records to ensure continuity of care (6).

9. MOVE TOWARDS THE REFORM OF AN INTEGRATED HEALTH SYSTEM

The MSPBS, as the Governing Body, considering the analysis of the context, the current situation of the country and the main challenges, works to create the conditions that favor agreeing on a vision of the future of the Paraguayan health system ***towards an integrated model that is more cost-effective and where the multidimensional approach*** ***abordar la salud es fundamental.***

Following this line, the MSPBS seeks to achieve a general reorganization in its scope of action both at the central level and in the health establishments under its responsibility, with a view to optimizing management, structure and functioning in an organized, articulated, and coordinated manner with the capacities developed within the Ministry, with the purpose of advancing towards gradual integration with the other public and private supply subsystems in a gradual manner.

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

Mediante la estrategia de atención primaria de salud, se busca fortalecer el primer nivel de atención, de tal que la población consulte antes, para que resuelva la mayoría de sus problemas e incluso, a través de la educación para la salud, se les proporcione las herramientas para mantenerse sanos y evitar la enfermedad. Con ello, se podrá además impedir el colapso de los hospitales.

Por otro lado, se trabaja para consolidar sistemas de información robustos e interoperables para la toma de decisiones en salud, y que permitan, por ende, de las inequidades, brindar mayor transparencia y calidad en la atención.

Así también, se busca la optimización de la compra de medicamentos. Generar una transformación histórica del sistema, al disponer de un instrumental de gestión orientado a lograr el acceso universal y sostenible de los fármacos. En la misma línea, fortalecer la farmacovigilancia, aportando a una gestión de calidad, con procesos rápidos, eficientes y transparentes, con el consiguiente beneficio, a todos los usuarios de servicios públicos de salud.

Finalmente, se espera lograr mejoras significativas en el área de salud. También se busca la complementariedad de esfuerzos entre el sector público y privado, con un verdadero enfoque multisectorial y transversal a toda la agenda social que abordemos, bajo el liderazgo del MSPBS y en grupos organizados de trabajo, los temas que se consideran relevantes para avanzar hacia la reforma estructural del sistema de salud presentados ante el CNS: Rectoría y prestación de servicios; Sistemas de información; Líneas de cuidado; Financiamiento sostenible y; Carrera sanitaria.

El MSPBS ha contemplado todos estos temas en su **PEI 2019 - 2023 y los ejecutará mediante los objetivos institucionales:**

1. ***Fortalecer la rectoría y la gobernanza;***

2. ***Avanzar hacia la cobertura y el acceso universal de los servicios de salud con enfoque en la atención primaria de salud;***

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

3. Fortalecer el proceso de gestión institucional.

Los objetivos institucionales se concretarán a través de estrategias, metas e indicadores que serán sujetos a monitoreo y evaluación presentados en el MAPA ESTRATÉGICO DE PLANIFICACIÓN a continuación.

Lic. Oscar Rubén Vellaccio F.
Secretario General

Machine Translated by Google

10. MAPA ESTRATÉGICO DE LA PLANEACIÓN 2019 - 2023

1.1. Reorganizar los servicios del MSPBS y su estructura interna organizacional.	**1.1.1.** Niveles de la Red Integrada de Servicios de Salud definidos y operando.	Número de establecimientos operando según nivel de servicio definido.	Dirección General de Servicios y Redes de Salud.
	1.1.2. Vice ministerios de Atención Integral a la Salud y de Rectoría y Vigilancia de la Salud definidos.	Nuevo organigrama del MSPBS establecido por decreto e implementado en forma gradual.	Dirección General de Planificación y Evaluación.
1.2. Definir e implementar el control y la vigilancia de buenas prácticas.	**1.2.1.** Buenas prácticas implementadas en el marco de las enfermedades prevalentes.	Número de buenas prácticas implementadas en el marco de las enfermedades prevalentes.	Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
1.3. Estandarizar e integrar el Sistema de Información en Salud.	**1.3.1.** 30 % de los establecimientos de salud con Sistema de Información estandarizado e integrado.	Porcentaje de establecimientos de salud con Sistema de Información estandarizado e integrado, implementado.	Dirección General de Información Estratégica en Salud. Dirección General de Tecnología de la Información y Comunicación.
1.4. Regular y controlar el funcionamiento del SNS, protegiendo y garantizando el proceso de implementación del acceso universal y la cobertura universal de salud.	**1.4.1.** Estrategias normativas en los temas relevantes para la reforma estructural del sistema de salud: Rectoría y prestación de servicios; Sistemas de Información; Líneas de cuidado; Financiamiento sostenible y Carrera sanitaria, implementadas	Marco de estrategias normativas elaboradas.	Dirección General de Gabinete. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Recursos Humanos. Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

		2.1.1. 402 nuevas USF con capacidad instalada.	Número de nuevas USF instaladas.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud.
	2.1. Aumentar el acceso y cobertura del primer nivel de atención.	2.1.2. 300 USF readecuadas mejoradas.	Número de USF mejoradas.	Dirección de Atención Primaria de la Salud.
		2.1.3. Brecha en los equipos de recursos humanos en todas las USF establecidas, cubierta.	Número de RRHH incorporado por tipo de vinculación. Número de USF con equipo de recurso humano completo.	Dirección General de Planificación y Evaluación Dirección General de Recursos Humanos.
		2.1.4. 1100 USF con equipamiento básico establecido.	Número de USF con equipamiento básico.	Dirección General de Administración y Finanzas.
	2.2. Fortalecer el segundo y tercer nivel de atención.	2.2.1. Diez hospitales con áreas de infraestructura edilicia mejoradas en el segundo y tercer nivel atención.	Número de hospitales con infraestructura edilicia mejorada según nivel de atención.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
		2.2.2. Diez hospitales con equipamiento básico.	Número de hospitales con equipamiento básico.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
	2.3. Fortalecer el 4to nivel de atención.	2.3.1. Tres nuevos hospitales de 4to nivel funcionando.	Número de nuevos hospitales de 4to nivel funcionando.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
	2.4. Optimizar las Unidades de Terapia Intensiva	2.4.1. 101 nuevas camas de Unidades de Terapia Intensiva instaladas y funcionando.	Número de nuevas camas de UTI instaladas y funcionando.	Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud Dirección de Terapias Intensivas Dirección General de Administración y Finanzas.
		2.4.2. Recurso humano en las Unidades de Terapia Intensiva, reorganizado.	Número de Unidades de Terapia Intensiva con recurso humano reorganizado.	Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud- Dirección de Terapias. Dirección General de Recursos Humanos.

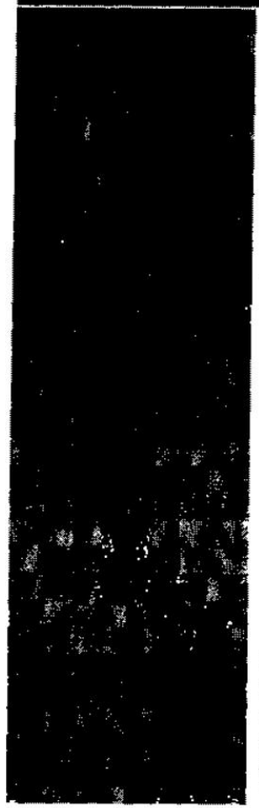
Lic. Oscar Rubén Velloso F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	2.5. Fortalecer la calidad en la atención de la salud.	2.5.1. Marco normativo de procedimientos institucionales de registro y certificación de profesionales de la salud, formulado.	Decretos y/o Resoluciones.	Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud.
		2.5.2. Nueve protocolos para la atención de las enfermedades prevalentes, elaborados.	Número de protocolos elaborados.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Gabinete. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Programas de Salud.
		2.5.3. Protocolos de atención para para las enfermedades prevalentes implementados en el primer nivel.	Número de establecimientos con protocolos de atención para las enfermedades prevalentes implementados en el primer nivel de atención.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Gabinete. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Programas de Salud.
		2.5.4. 150 médicos formados en Atención Primaria de la Salud en el Programa de Formación de Especialistas en medicina familiar en el Instituto Nacional de Salud.	Número de médicos formados como especialistas en medicina familiar en el Instituto Nacional de Salud.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección de Atención Primaria a la Salud. Instituto Nacional de Salud.

Lic. Oscar Rubén Vellasich F.
Secretario General

Machine Translated by Google



		2.5.5. 702 USF habilitadas según normas vigentes.	Número de USF habilitadas.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnologías Sanitarias.
	2.5. Fortalecer la calidad en la atención de la salud.	2.5.6. 50% de los establecimientos de la RUSS implementan mecanismos de percepción de la calidad de salud por parte de los usuarios.	Número de establecimientos de la RUSS que implementan mecanismos de percepción de la calidad de salud por parte de los usuarios.	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
		2.5.7. Sistema de información, notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente establecido.	Un Sistema de información, notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente establecido	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
		2.5.8. 60% de los establecimientos del 2° y 3° nivel de la RUSS cuentan con Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en funcionamiento.	Número de establecimientos del 2° y 3° nivel de la RUSS que cuentan con Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en funcionamiento.	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
	2.6. Garantizar la atención de las enfermedades prevalentes en el primer nivel.	2.6.1. Cobertura de la atención en el primer nivel aumentada en un 50%.	Porcentaje de personas atendidas en las USF con relación a la población general.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud.

Ac. Oscar Rubén Valiente F.
Secretario General

Machine Translated by Google

2.7. Impulsar el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.	2.7.1. Programa de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, formulado e implementado.	Programa de uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.	Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Gabinete. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud.
2.8. Fortalecer el manejo de desechos y acceso a agua potable.	2.8.1. Aumentar en un 82% personas beneficiadas con sistema de agua potable y el 76,4% de saneamiento mejorado proveídos por SENASA.	Número de personas beneficiadas con sistema de saneamiento, proveídos por SENASA. Número de personas beneficiadas con sistema de abastecimiento de agua proveído por el SENASA.	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.
	2.8.2. Incrementar en 100% de la capacidad de control, vigilancia y certificación de buenas prácticas.	Porcentaje de intervenciones realizadas a los establecimientos de salud. Porcentaje de registros emitidos a establecimientos generadores de residuos a nivel nacional.	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental. Dirección General de Salud Ambiental.
2.9. Fortalecer la promoción de la Salud en los establecimientos de salud de la RISS y en otros sectores.	2.9.1. Implementación de entornos saludables aumentada en un 20%.	Número de alianzas con actores claves logradas. Número de Recursos Humanos (interno y externo) capacitados en Promoción de la Salud.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud Dirección General de Promoción de la Salud.
2.10. Fortalecer la atención materna infantil.	2.10.1. Razón de mortalidad materna reducida a 56, lograda.	Razón de Mortalidad materna	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud Dirección General de Programas de Salud.
	2.10.2. Tasa de mortalidad neonatal reducida a 8, lograda.	Tasa de Mortalidad neonatal.	Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	2.10.3. Partos institucionales aumentados a 99,8%.	Porcentaje de partos institucional total.	

Lic. Oscar Rubén Valiente
Secretario General

Machine Translated by Google

	2.10. Fortalecer la atención materna infantil.	2.10.4. Atención prenatal antes del cuarto mes de gestación aumentada a 80%.	Porcentaje de atención prenatal oportuna antes del cuarto mes de gestación.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
		2.10.5. Respuestas a emergencias obstétricas aumentadas a 71%.	Porcentaje de emergencias obstétricas resueltas.	Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud.
		2.10.6. Diagnóstico y tratamiento de fibrosis quística y retardo mental aumentados al 98%.	Porcentaje de niños nacidos vivos que han realizado el test del piecito.	Dirección General de Comunicación en Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
		2.10.7. Gestiones integradas para la provisión adecuada de biológicos, mejoradas.	Establecimientos de salud abastecidos con biológicos en forma oportuna, en un 100%.	Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones.
		2.10.8. Cobertura de mujeres embarazadas que ingresan al Programa Alimentario Nutricional Integral, aumentada.	Porcentaje de mujeres embarazadas que ingresaron al PANI.	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Programa Alimentario Nutricional Integral.
		2.10.9. Cobertura de niños con vulnerabilidad nutricional que ingresan al PANI, aumentada.	Porcentaje de niños menores de 5 años que ingresaron al PANI.	

Lic. Oscar Rubén Vellozo F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	3.1. Fortalecer el sistema para gestiones administrativas vía web y acceso a la información	**3.1.1.** Sistemas de gestión y de consultas online para acceso a información pública fortalecidos.	Nº de sistemas de gestión y de consultas online para acceso a información pública implementados.	Dirección General de Trasparencia y Anticorrupción. Dirección General Tecnología de la Información y Comunicación. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
		3.2.1. 14 Distritos con incentivo por cumplimiento de metas sanitarias implementados.	Número de distritos con incentivos por cumplimiento de metas sanitarias implementados.	Dirección General de Descentralización en Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicio de Redes de Salud.
	3.2. Implementar la gestión institucional basada en resultado y rendición de cuentas.			Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Gabinete.
		3.2.2. Sistema de producción, eficiencia eficacia y costos (PERC) implementado en 30 establecimientos de salud.	Número de establecimientos con el PERC implementados.	Dirección General de Planificación y Evaluación Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
			Cuentas de Salud elaboradas por año.	Dirección General de Planificación y Evaluación.
	3.3. Mejorar la calidad de la inversión en salud	**3.3.1.** Herramientas utilizadas para la toma de decisiones basadas en evidencias fortalecidas.	Tablero de control de información general elaborado. Central Nacional de Monitoreo de Insumos y Medicamentos habilitado e implementado. Indicadores Básicos de Salud elaborados.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud.

Lic. Oscar Rubén Velluccih F.
Secretario General

Machine Translated by Google

Annex 2 sets out the activities, which are part of a dynamic process where those considered necessary to meet the institutional objectives of the PEI 2019 - 2023 will be incorporated. The established activities will be annually evaluated and reviewed to assess its compliance and relevance.

For strategic purposes, the execution of the goals of the PEI al 2023 will be coordinated by the General Directorates, highlighting that compliance with the Plan involves all the Directorates, Departments and Dependencies of the MSPBS at all levels.

Lic. Oscar Rubén Velázquez F.
Secretario General

Machine Translated by Google

11. GLOSSARY

Universal Access to Health and Universal Health Coverage (AUS and CUS): the exercise of both concepts together, implies that all people and communities, without discrimination, have equitable access to comprehensive health services, appropriate, timely and of quality, determined at the national level in accordance with the needs, as well as safe, effective, affordable quality medicines, without the use of these services exposing users to financial difficulties. *(Extracted from: PAHO/WHO 53rd Directing Council, 66th Session of the WHO Regional Committee for the Americas, 2014).*

Governance: Governance refers to the institutional arrangements that regulate the actors and resources that influence the conditions of coverage and access to health services. *(Extracted from: Flores W, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical support for research. Cadernos de Saúde Pública 2006;22(Sup):S35-S45; in: Pan American Health Organization. Health in the Americas. Governance and governance towards universal health; 2017.)*

Sustainable Development Goals (SDGs): The United Nations Sustainable Development Goals (SDGs) are the result of the agreement reached by the Member States of the United Nations and are made up of a Declaration, 17 Sustainable Development Goals and 169 goals. Member States have agreed to try to achieve them by 2030. Health occupies a fundamental place in SDG 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, articulated around 13 targets that cover a wide range of the work of the World Health Organization (WHO). Most of the SDGs are directly related to health or will contribute to health indirectly. *(Extracted from: United Nations. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/)*

National Development Plan, Paraguay 2030 (PND): is the strategic document that guides the actions of the agencies and entities of the Executive Power and allows the coordination of actions with the different levels of government, civil society, the

Lic. Oscar Rubén Velázquez E.
Secretario General

private sector and other State Powers. It is the one that reflects the expectations and aspirations of the population regarding Paraguay by 2030. (Extracted from Plan Nacional de Desarrollo, Paraguay 2030. 2014)

Strategic Planning (SP): management tool that supports the decision making of organizations regarding the organization's tasks and the path they must follow in the future to adapt to the changes and demands imposed on them by the environment and achieve the greatest efficiency, effectiveness, quality in goods and services that are provided. The use of PE in the public sphere is conceived as an essential tool for the identification of priorities and allocation of resources in a context of changes and high demands to move towards management committed to results. (Extract from Armijo M. Strategic planning and performance indicators in the public sector. 2011.)

Institutional Operating Plan (POI): Institutional Operating Plans will be the basis for guiding the execution of budgetary resources, for which they will serve to prepare the Institutional Financial Plan of the Annual Hiring Program, the Personnel Hiring Plan, and any other institutional planning, management, monitoring and/or evaluation, and together they contribute to the quantity and quality of the fulfillment of institutional goals. (Extract from Decree No. 1145/2019. Art. 56. Regulation Articles 32 and 33, Law 6258/2019).

National Health Policy 2015-2030 (PNS): is a set of statements that guide the course of the determinations and actions that the Paraguayan State is determined to carry out in the period 2015-2030 to guarantee the full exercise of the right to health of all the inhabitants of Paraguay. (Extracted from: MSpBS. National Política of Health 2015 2030).

Stewardship: refers to the leadership capacity of the health authorities to form and support a collective action that allows the creation, strengthening or changing governance structures of the health system". (Extracted from: Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical contribution to research. Cadernos

Lic. Oscar Rubén Vallacco
Secretario General

Machine Translated by Google

de Saúde Pública 2006;22(s.p.):S35-S45. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal; 2017.)

Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS): La RIISS denominada "TESAI PYAHURA PARAGUAY" es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y cooperativa, interdependiente, que permiten ofrecer una atención comprehensiva para la población, de forma humanizada, segura y con equidad. *(Extraído de: MSPBS. Guía para la implementación de las redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) en el Paraguay, 2015)*

Sistema de Salud Basado en Atención Primaria de la Salud (APS): está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido, amplio, adecuado y sustainable human, economic, and technological resources (Extraído de: Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, © 2007).

Lic. Oscar Rubén Velázquez
Secretario General

Machine Translated by Google

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley Nº 836/80 del Código Sanitario (art. 7º). Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/4008bd-LEY836DEL1980DECIDGOSANTARIO.pdf
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015-2030. Avanzando hacia el Acceso y Cobertura Universal de la Salud en Paraguay, 2015. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. Nº 024. 2019. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/03c33e-RESOLUCIONS.G.N02419APROBACINDELINEAMIENTOSPEI1923.pdf
4. Gobierno Nacional del Paraguay. Plan Nacional de Desarrollo. Construyendo el Paraguay del 2030 (2014). Disponible en: http://www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf.
5. Centro de Desarrollo de la OCDE. Estudio multidimensional de Paraguay. Volumen I. Evaluación inicial © OCDE 2018. Disponible en: https://www.oecd.org/development/mdcr/countries/paraguay/Paraguay_Vol_1_Overview_Sp.pdf
6. Centro de Desarrollo de la OCDE. Estudio multidimensional de Paraguay. Volumen 3. Del análisis a la acción © OCDE 2019. Disponible en: https://www.oecd.org/about/publishing/estudio-multidimensional-de-paraguay-24095010-es.htm
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C. 2014 (CD53/5.R2). Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD53-FR-s.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal, 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es
9. Organización Panamericana de la Salud. The steering role in health and institutional strengthening of the national and subnational health authorities. En: *Public Health in the Americas*. Washington, D.C. OPS, 2002: 7–14.
10. Centro de Desarrollo de la OCDE. Multidimensional country review of Paraguay: Volume 2. In-depth analysis and recommendations © OECD 2018. Disponible en: https://www.oecd.org/development/mdcr/countries/paraguay/Paraguay_Vol2_Preliminary_version.pdf
11. STP/DGEEC. Principales resultados de pobreza monetaria y distribución de ingreso a 2018. Disponible en: https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/POBREZA-MONETARIA%20-2018/Pobreza%20Monetaria_Boletin.pdf
12. DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares Continua 2017-2018.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

13. DGEEC. Continuous Household Survey . Living conditions 2009 - 2018 . Available at: https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/CONDICIONES%20DE%20VIDA/2018/Condiciones%20de%20vida%202009-2018%20absoluto%20y%20relativo.pdf

14. United Nations . Sustainable Development Goals . Available in: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

15. World Bank Group. Paraguay Policy Notes . 2018 Available at: http://documentos.bancomundial.org/curated/es/751071525763871071/pdf/126021-WP-PUBLIC-SPANISH-PYNotasdePoliticafinal.pdf

16. Pan American Health Organization . Update of the Sectoral Analysis of Potable Water and Sanitation of Paraguay. OPS 2010. Available at: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&alias=55-actualizacion-del-analisis-sectorial-de-agua-potable-y-saneamiento-de-paraguay&category_slug=environment-and-development-o&Itemid=253

17. Pan American Health Organization . Health in the Americas +, 2017 edition. Summary: regional overview and country profiles . Washington, DC: PAHO; 2017. Available at: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf

18. Surveillance System Food and Nutritional SISVAN. 2018.

19. STP/DGEEC. Paraguay. National population projections , urban and rural areas , by sex and age, 2019. Population projection . 2015 revision . Available at: https://www.dgeec.gov.py/#collapse-6

20. Pan American Health Organization . Health in the Americas , 2017 edition . Health status of the population . Characteristics of the population and its trends. Available at: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=caracteristicas-de-la-poblacion-y-sus-tendencias&lang=es

21. STP/DGEEC. Evolution of mortality in Paraguay . Period 1970- 2010; 2016. Available in: https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/investigacion%20tematica/Evolucion%20de%20la%20mortalidad%20en%20Paraguay.%201970%20-%202010.pdf

22. Larré Villar L. Ministry of Finance. Undersecretary of State for the Economy. The demographic bonus in Paraguay: an analysis with micro-data. ssee/dee/work of research/nº xx /2012. Available en: http://www.economia.gov.py/application/files/5314/6550/8975/Bono_demografico_en_Paraguay-_Analisis_con_Microdatos.pdf

23. ECLAC/STP/UNFPA. National Transfer Accounts. Working document 2019.

24. SDG Commission Paraguay 2030. Voluntary National Report on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development 2018. Available in: http://www2.mre.gov.py/index.php/download_file/view_inline/8875

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

25. Pérez, L. & Cosis, f]. "Analysis of intervention strategies for a new Provincial Health Insurance operation", World Bank, Provincial Maternal and Child Health Investment Project 2010.

26. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390: 1211-59. In: OECD. Multi-dimensional country review of Paraguay: Volume 2. In-depth analysis and recommendations © OECD 2018.

27. MSPBS/DIGIES/DES. Vital Statistics Information Subsystem (SSIEV).

28. Ministry of Public Health and Social Welfare. Basic Health Indicators Paraguay 2018. Available at: http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2019/04/INDICADORES-BASICOS-DE-SALUD-IBS-2018.pdf

29. OMS. Noncommunicable diseases in the Region of the Americas: All sectors of society can help solve the problem. Thematic report on noncommunicable diseases. Available at:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief-1-sp-web1.pdf

30. Ministry of Public Health and Social Welfare. First National Survey of Risk Factors. 2011. Available at: http://portal.mspbs.gov.py/dvent/wp-content/uploads/2015/10/Encuesta-Nacional.pdf

31. Ministry of Public Health and Social Welfare of Paraguay. Available in.
https://www.mspbs.gov.py/portal/8335/prevalencia-de-diabeticos-llega-al-137.html

32. Ministry of Public Health and Social Welfare. Available in:
https://www.mspbs.gov.py/portal/13808/paraguay-es-el-pais-con-prevalencia-mas-baja-de-tabaquismo-en-el-cono-sur.html

33. Bardach A, Palacios A, Caporale J, Alcaraz A, Rodríguez B, Sequera G, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Burden of disease attributable to tobacco use in Paraguay and the potential impact of the price increase through taxes. IECS Technical Document N° 18. Institute of Clinical and Health Effectiveness, Buenos Aires, Argentina. November 2016. Available at:
http://www.vigisalud.gov.py/webdgvs/views/paginas/webtaba/docs/doc_tec_paraguay_final.pdf

34. Ministry of Public Health and Social Welfare. National Control Program for HIV/AIDS/STIs. Report - Epidemiological Situation of HIV Paraguay 2018. Available in:
https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pronasida/adjunto/62ddceINFEPIVIH2018129072019.pdf

35. Ministry of Public Health and Social Welfare. Available in:

Lic. [illegible] F.
Secretario General

Machine Translated by Google

https://www.mspbs.gov.py/portal/17732/tuberculosis-enfermedad-respiratoria-que-tiene-cura.html 36.

36. PAHO/WHO. Health in the Americas. Paraguay. Available in: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post t ypes=paraguay&lang=es

37. Ministry of Public Health and Social Welfare. National Malaria Eradication Service. Annual Report 2015.

38. Ministry of Public Health and Social Welfare. National Malaria Eradication Service. Annual Report 2018.

39. MSPBS/DGEEC/UNICEF. Paraguay MICS survey 2016.

40. WHO. Maternal mortality. Available in: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

41. Republic of Paraguay. Political Constitution of 1992. Available at: http://www.constitution.org/cons/paraguay.htm

42. Health systems in South America: challenges for universality, comprehensiveness and equity 2012 / South American Institute of Government in Health ; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastian Tobar [orgs.]. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Available at: https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=2453

43. Legislative Power Law no. 1032 that creates the National Health System. 1996 Available at: http://www.mre.gov.py/v1/sites/1/72.30.9.105/files/Ley%201032.pdf

44. Ministry of Public Health and Social Welfare. New Functional Organization. Decree No. 21.376/98.

45. Law No. 3,007/2006, "Which modifies and expands Law No. 1032/96".

46. Law 5,469/2015 of "Indigenous Health". Available at: http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4455/de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas

47. Ministry of Public Health and Social Welfare. RIISS Guide, approved by RSG 730/2015, article 1st. Available in: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c03a70-GuiadelaRIISS.pdf

48. Ministry of Public Health and Social Welfare. General Directorate of Health Services and Networks - Health Regions Coordination Directorate, 2019.

49. Ministry of Public Health and Social Welfare. Health accounts 2017.

50. MSPBS/DIGIES. National Health Information System. Available in: http://portal.mspbs.gov.py/digies/sistema-nacional-de-informacion-en-salud/

51. MSPBS/DIGIES. Institutional memory of the General Directorate of Strategic Health Information, Paraguay. 2017. Available at: http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2018/09/DIGIES-Memoria-2017.pdf

52. Ministry of Public Health and Social Welfare National Health Quality Policy 2017 - 2030. Available in: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&alias=568-politica-nacional-de-calidad-en-salud&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&Itemid=253

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

53. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Monitoring and evaluation of the institutional strategic plan 2013 - 2018.
54. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Modelo Estándar de Control Interno MECIP – Matriz FODA. Componente Componente de Control Estratégico. RESOLUCIÓN SGNS 24/19.

Lic. Oscar Rubén Vellacich
Secretario General

Machine Translated by Google

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1. Plan estratégico institucional 2013-2018 – Alcance y cumplimiento

Se presentan los tres ejes estratégicos del PEI 2013 – 2018, aprobado por Resolución Ministerial S.G. N°338/17 con sus objetivos y grado de cumplimiento.

PEI 2013 – 2018 Ejes estratégicos, objetivos, grado de cumplimiento

Ejes Estratégicos	Objetivos	Grado de cumplimiento
1. Fortalecimiento de las funciones esenciales de rectoría y conducción.	1. Promover y actualizar políticas públicas de salud y protección social. 2. Fortalecer las acciones de vigilancia y control en salud pública. 3. Avanzar en el proceso de descentralización sanitaria. 4. Impulsar la investigación basada en la evidencia para la toma de decisiones adecuada y oportuna.	79%
2. Fortalecer la provisión de servicios (promoción, prevención, atención, vigilancia y rehabilitación) a nivel individual y colectivo en el marco de los determinantes sociales de la salud con enfoque de derecho, equidad, género e interculturalidad.	1. Desarrollar las RIISS basada en la estrategia de APS. 2. Fortalecer la atención en la salud mental y las adicciones. 3. Fortalecer la Política Nacional de Alimentación y Nutrición. 4. Fortalecer el Área de Bienestar Social en Articulación con la RIISS con énfasis en las poblaciones de adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos originarios en situación de pobreza y extrema pobreza. 5. Fortalecer la gestión del talento humano. 6. Fortalecer la salud materna infantil y neonatal. 7. Fortalecer la salud, gestión de riesgos ambiental y el saneamiento básico. 8. Fortalecer la tecnología sanitaria, el sistema de información y los TICS. 9. Priorizar y fortalecer la promoción de la salud que aporte a la calidad de vida con equidad.	68%
3. Garantizar la transparencia, eficiencia, la participación ciudadana y la calidad en la gestión.	1. Fortalecimiento de la gestión institucional basada en resultados y en rendición de cuentas. 2. Mantener y ampliar las alianzas estratégicas intersectoriales a nivel nacional e internacional en el marco de las políticas vigentes. 3. Mejorar la calidad de la ejecución presupuestaria y del gasto en salud.	89%

Referencia de cumplimiento: 1 al 49: No logrado; 50 al 79: Bueno; 80 al 100: Muy Bueno.
Fuente: MSPBS, Monitoreo y evaluación del plan estratégico institucional 2013 – 2018 validado por el Comité de Control Interno según Acta de Sesión N° 4 – Año 2018.

Compliance reference: 1 to 49: Not achieved; 50 to 79: Good; 80 to 100: Very Good.
Source: MSPBS, Monitoring and evaluation of the strategic institutional plan 2013 – 2018 validated by the Internal Control Committee according to Minutes of Session No. 4 – Year 2018.

Lic. Oscar Rubén Velázquez
Secretario General

Machine Translated by Google

13.2. ANEXO 2. Actividades del mapa estratégico de la planificación 2019 - 2023

	Niveles de la Red Integrada de Servicios de Salud definidos y operando.	a) Definición de la cartera de servicios por ciclo de vida, nivel de atención y complejidad. b) Definición de niveles de atención de los establecimientos de salud. c) Definición de líneas programáticas transversales a todo el SNS. d) Definición de las líneas de cuidado y su implementación por nivel de atención. e) Modificación del marco regulatorio para el efectivo trabajo en red.	Dirección General de Servicios y Redes de Salud.
	Vice ministerios de Atención Integral a la Salud y de Rectoría y Vigilancia de la Salud definidos.	a) Reorganización del MSPBS, con propuesta de creación de un Viceministerio de Atención Integral a la Salud y un Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud. b) Reformulación de la estructura presupuestaria en áreas de Rectoría y Servicios. c) Separación gradual de las funciones de Rectoría y Servicios en el Ministerio de Salud.	Dirección General de Planificación y Evaluación.
	Buenas prácticas implementadas en el marco de las enfermedades prevalentes.	a) Identificación, definición e implementación de buenas prácticas por enfermedades prevalentes a ser implementadas. b) Elaboración y actualización de protocolos por enfermedades prevalentes. c) Elaboración de documentos con evidencia científica para la toma de decisiones.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	30 % de los establecimientos de salud con Sistema de Información estandarizado e integrado.	a) Dotación del Sistema Health Information System (HIS) en los establecimientos de Salud. Resolución SG N° 544/18. b) Estandarización y reducción de los formularios. c) 480 establecimientos conectados a Fibra Óptica. d) Intercambio de datos, receta electrónica, acceso al expediente del paciente. e) Instalación e implementación de la ficha clínica electrónica del paciente en Hospitales del país en las áreas ambulatoria y de urgencia. f) Nomenclatura estandarizada de medicamentos.	Dirección General de Tecnología de la Información y Comunicación. Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	Estrategias normativas en los temas relevantes para la reforma estructural del sistema de salud: Rectoría y prestación de servicios; Sistemas de Información; Líneas de cuidado; Financiamiento sostenible y Carrera sanitaria, implementadas	a) Definición de los modelos de convenios. b) Implementación de convenios con los actores de los sectores de salud, en función a la RIISS. c) Elaboración de la Política Nacional de Recursos Humanos, consensuada entre las instituciones del sector público y la sociedad civil relacionados con el sector salud. d) Creación de la Dirección de Calidad. e) Documento de propuesta del modelo de la reforma del sistema de salud. f) Mapeo de normativas legales relacionadas al Sistema Nacional de Salud. g) Revisión del marco jurídico de las instituciones del sector salud para la formulación e implementación del marco político/jurídico del Sistema Nacional Integrado de Salud. h) Formulación del marco de normas y procedimientos a ser aplicados en las diversas instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.	Dirección General de Gabinete. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Dirección General de Recursos Humanos.
	402 nuevas USF con capacidad instalada. 300 USF reedificadas mejoradas. Brecha en los equipos de recursos humanos en todas las USF establecidas cubierta. 1100 USF con equipamiento básico establecido.	a) Identificación de los Distritos a ser intervenidos. b) Obtención del terreno a ser construido. c) Gestiones de titulación. d) Gestiones del llamado a licitación para construcción. a) Identificación de las USF a ser mejoradas. b) Obtención de la titulación. c) Gestiones del llamado a licitación para las *mejoras y reconversiones* a realizar. a) Determinación de las brechas existentes en las USF en cuanto a Recursos Humanos. b) Concurso público a través de la Función Pública. c) Capacitación inducción. a) Identificación de necesidades. b) Llamado a licitación para la compra del equipamiento.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección de Atención Primaria de la Salud. Dirección General de Recursos Humanos. Dirección General de Administración y Finanzas.

Lic. Oscar Rubén Valdez R.
Secretario General

Machine Translated by Google

Diez hospitales con áreas de infraestructura edilicia mejoradas en el segundo y tercer nivel atención.	a) Presentación y aprobación del proyecto. b) Llamado a Licitación para mejoras de los Hospitales. c) Adjudicación. d) Firma de Contrato. e) Ejecución y avance de las obras.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
Diez hospitales con equipamiento básico. Tres nuevos hospitales de alto nivel funcionando.	a) Presentación y aprobación del proyecto. b) Llamado a Licitación para la compra de los equipos. c) Adjudicación. d) Firma de Contrato. e) Entrega e instalación de los equipos.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
101 nuevas camas de Unidades de Terapia Intensiva instaladas y funcionando.	a) Presentación y aprobación del proyecto. b) Llamado a Licitación para la compra de los equipos. c) Adjudicación. d) Firma de Contrato. e) Ejecución y avance de las obras.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Administración y Finanzas.
Recurso humano en las Unidades de Terapia Intensiva, reorganizado.	a) Listado de Recursos Humanos Existentes en UTI. b) Determinar la brecha existente conforme estándares internacionales. c) Redistribución del personal de UTI. d) Contratación de Recursos Humanos según necesidad. e) Capacitación en UTI.	Dirección General de Servicios y Redes de Salud Dirección de Terapias. Dirección General de Recursos Humanos.

Lic. Oscar Rubén Valiente P.
Secretario General

Machine Translated by Google

	Marcado normativo de procedimientos institucionales de registro y certificación de profesionales de la salud, formulado.	a) Implementación de nuevas políticas sanitarias y lineamientos vinculados a calidad asistencial y seguridad del paciente.	Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos de Salud.
	Nueve protocolos para la atención de las enfermedades prevalentes, elaborados.	a) Elaboración y actualización de los protocolos con instituciones públicas y la sociedad científica.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Gabinete. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Programas de Salud.
	Protocolos de atención para para las enfermedades prevalentes implementados en el primer nivel.	a) Identificación de las enfermedades de mayor prevalencia. b) Mesas técnicas de trabajo según enfermedades de mayor prevalencia.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud.
	150 médicos formados en Atención Primaria de la Salud en el Programa de Formación de Especialistas en medicina familiar en el Instituto Nacional de Salud.	a) Formación de médicos(as) especialistas y sub especialistas mediante instituciones del sector trabajando conjuntamente.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección de Atención Primaria a la Salud. Instituto Nacional de Salud.
	702 USF habilitadas según normas vigentes.	a) Identificación de las USF por Distritos. b) Inicio de los trámites de habilitación de los establecimientos de Salud.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnologías Sanitarias.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	50% de los establecimientos de la RUSS implementan mecanismos de percepción de la calidad de salud por parte de los usuarios.	a) Implementación del Sistema Valoración de Condiciones Esenciales de los Servicios de Salud.	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
	Sistema de información, notificación y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente establecido.	a) Analizar experiencias internacionales. b) Establecer un sistema de notificación. c) Identificar y analizar los eventos adversos. d) Prevenir los eventos adversos. e) Redacción sus efectos. f) Establecer Método de notificación. g) Difusión de resultados.	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
	60% de los establecimientos del 2° y 3° nivel de la RUSS cuentan con Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en funcionamiento.	a) Identificación de las necesidades. b) Establecimientos a ser intervenidos en una primera etapa.	Dirección General de Gabinete. Dirección de Calidad. Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
	Cobertura de la atención en el primer nivel aumentada en un 50%.	a) Promoción, prevención, detección y tratamiento.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud.
	Programa de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias formulado e implementado.	a) Incremento progresivo de la inversión en la compra de medicamentos. b) Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, implementada.	Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud. Dirección General de Asesoría Jurídica. Dirección General de Gabinete. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud.

Lic. Oscar Rubén Velilla F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	Incremento en un 82% personas beneficiadas con sistema de agua potable y el 76,4% de saneamiento mejorado proveídos por SENASA.	a) Intervenciones para construcción de sistemas de abastecimiento de agua a comunidades rurales e indígenas. b) Intervención para la ampliación y mejoramiento de sistemas de abastecimiento de agua existentes a comunidades rurales e indígenas.	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.
	Incremento en 100 % de la Capacidad de control, vigilancia y certificación de buenas prácticas.	a) Acciones de Vigilancia de Calidad Ambiental. b) Fiscalización de la Gestión integral de los residuos sólidos.	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental. Dirección General de Salud Ambiental.
	Implementación de entornos saludables aumentada en un 20%.	a) Reuniones de abogacía para establecer alianzas en Promoción de la Salud. b) Desarrollo de entornos saludables.	Dirección General de Desarrollo y Fortalecimiento de Redes de Salud Dirección General de Promoción de la Salud.
	Razón de mortalidad materna reducida a 56, lograda.	a) Servicios que brinden atención de calidad en salud materna neonatal b) Capacitación Parto seguro. c) Provisión de sangre segura.	Dirección General de Desarrollo y Fortalecimiento de Redes de Salud Dirección General de Programas de Salud.
	Tasa de mortalidad neonatal reducida a 8, lograda.	a) Servicios de Atención Integral en Salud a población Materno Infantil que brinden atención de calidad en salud materna neonatal.	Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	Partos institucionales aumentados a 99,8%.	a) Aplicación efectiva de los protocolos vigentes de atención al parto.	

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	Atención prenatal antes del cuarto mes de gestación aumentada a 80%.	a) Campañas comunicacionales efectivas sostenibles. b) Captación precoz de la embarazada antes del cuarto mes.	Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	Respuestas a emergencias obstétricas aumentadas a 71%.	a) Identificación oportuna. b) Atención de calidad y derivación oportuna. c) Gestión de la emergencia, organización de la red del sistema de referencia. d) Capacitación del personal.	Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Dirección General de Comunicación en Salud. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	Diagnóstico y tratamiento de fibrosis quística y retardo mental aumentados al 98%.	a) Diagnóstico y tratamiento de Fibrosis Quística y Retardo Mental.	
	Gestiones integradas para la provisión adecuada de biológicos, mejoradas.	a) Gestiones integradas para la provisión adecuada de biológicos.	Dirección General de Programas de Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones.
	Cobertura de mujeres embarazadas que ingresan al Programa Alimentario Nutricional Integral – PANI, aumentada. Cobertura de niños con vulnerabilidad nutricional que ingresan al PANI, aumentada.	a) Identificación de mujeres embarazadas que cumplen con criterios de inclusión al PANI. b) Seguimiento de evolución del estado nutricional de las mujeres embarazadas beneficiarias del PANI. a) Identificación de niños con desnutrición. b) Seguimiento en la evolución del niño a partir del complemento nutricional.	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Programa Alimentario Nutricional Integral.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General

Machine Translated by Google

	Sistemas de gestión y de consultas online para acceso a información pública, fortalecidos.	a) Identificación de la necesidad. b) Construcción o reingeniería de los sistemas. c) Sistema de sobre-derivación de reposos médicos. d) Renovación de registro profesional de salud.	Dirección General de Transparencia y Anticorrupción. Dirección General Tecnología de la Información y Comunicación. Dirección General de Información Estratégica en Salud.
	14 Distritos con incentivos por cumplimiento de metas sanitarias implementados.	a) Diseño de piloto de incentivos por cumplimiento de metas sanitarias. b) Definición de Distritos Piloto y reuniones de capacitación y comunicación. c) Elaboración del modelo de acuerdo de metas con incentivos al desempeño. d) Mejora de gestión/rendición de cuentas a cuantas los Consejos Locales de Salud. e) Establecer Estadio comunicacional. f) Revisar el programa periódicamente.	Dirección General de Descentralización en Salud. Dirección General de Desarrollo y Servicio de Redes de Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Gabinete.
	Sistema de producción, eficiencia recursos y costos (PERC) implementados en 25 establecimientos de salud.	a) Plan piloto de implementación en 5 Hospitales. b) Implementación en establecimientos de 3 grandes Regiones Sanitarias.	Dirección General de Planificación y Evaluación Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud.
	Herramientas utilizadas para la toma de decisiones basadas en evidencias fortalecidas.	a) Plan piloto de implementación en 5 Hospitales. b) Implementación en establecimientos de 3 grandes Regiones Sanitarias. c) Elaboración de las Cuentas de Salud con proyecciones. d) Elaboración de los indicadores básicos de salud. e) Asignar recursos y fortalecer las existentes. f) Costos estandarizados. g) Definición de los servicios básicos de prestaciones.	Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Desarrollo y Servicios de Redes de Salud. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Lic. Oscar Rubén Vellacich F.
Secretario General