

ABSTRACTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA

I. Datos básicos del proyecto

País/Región:	Paraguay (CSC/CPR)
Nombre de CT:	Apoyo para integración de redes de servicios integrados con énfasis en el cuidado obstétrico-neonatal
Número de CT:	PR-T1158
Miembros de Equipo:	Nohora Alvarado (SPH/CPR); Emma Iriarte (SPH/CPN); Mariana Canillas (consultora); Alberto de Egea (FMP/CPR); Mariano Perales (FMP/CPR); (LEG/SGO); y Sheyla Silveira (SCL/SPH)
Tipo de CT:	Apoyo al Cliente
Referencia a la solicitud:	
Fecha de Abstracto de CT:	8 de enero, 2014
Beneficiario:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)
Agencia ejecutora:	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Monto solicitado BID:	US\$400.000
Monto de contrapartida:	0
Período de desembolso	24 meses
Fecha de inicio requerido:	Mayo de 2014
Tipo de consultores:	Consultores individuales (nacionales e internacionales y firma consultora)
Preparado por:	SPH/CPR
Unidad de responsabilidad para desembolsos:	SPH/CPR
Incluido en Estrategia de País:	No*
Incluido en CPD :	No*
GCI-9 Sector Prioritario:	Política Social Favorable a la Equidad y la Productividad

* La nueva Estrategia de País se aprobará en Marzo de 2014; se suscribió una Ayuda Memoria con el Gobierno para la programación del 2014 en la que se incluye la presente CT.38321440

II. Antecedentes, problemas y justificación

- 2.1 Paraguay ha logrado avances en la reducción de la mortalidad materna, infantil y en menores de 5 años, debido principalmente al incremento en la tasa de uso de métodos anticonceptivos 80% (2008) y la cobertura del parto institucional a 95% (2011), dos estrategias costo efectivas para la reducción de la mortalidad. A pesar de este avance, el país aún enfrenta desafíos en relación a la tasa de mortalidad neonatal y materna, especialmente por causas prevenibles durante el embarazo, parto o puerperio, como complicaciones post-aborto, hemorragias y toxemia (EPH 2004,2008 y 2011, UNICEF 2013).
- 2.2 La razón de mortalidad materna se ha reducido (de 164 a 89 por cada 100.000 nacidos vivos (nv) en el período 2000 a 2011) pero sigue siendo de las más altas de la región de

América Latina¹ y es insuficiente para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)². Además, este indicador esconde inequidades relacionadas con niveles sociales, zonas geográficas de residencias, nivel educativo de la madre, étnico, otros. Por ejemplo, según los últimos datos disponibles, el Alto Paraguay registró una razón de mortalidad materna de 389,1 en 2009, mientras que en el mismo año Asunción presentó una razón de 93,5. Por lo general, las zonas rurales, donde hay una mayor incidencia de pobreza (44,8% de la población rural vive en condiciones de pobreza, versus 23,9% de la población urbana) hay también mayor incidencia de mortalidad materna (UNICEF, 2013).

- 2.3 Las tasas de mortalidad infantil y en menores de 5 años disminuyeron entre 2000 y 2011, pasando de 20 a 15,2 y 25 a 17,5 (por cada 1.000 nv) respectivamente. Sin embargo, la mortalidad neonatal ha permanecido alrededor de 11 por cada mil nacidos vivos entre 2000 y 2011, al tiempo que ha incrementado su participación en la mortalidad. Las principales causas de muerte neonatal se deben a lesiones del parto (45%), congénitas (24%) y por infecciones del recién nacido (12%). Más del 65% de las muertes pueden prevenirse con un manejo obstétrico y neonatal oportuno y de calidad (UNICEF, 2013, con datos del MSPBS).
- 2.4 Las principales causas de los altos índices de mortalidad materna y neonatal, se asocian con una cobertura aún desarticulada de los de servicios sanitarios; la baja calidad de los servicios que incluye limitaciones en disponibilidad de recursos humanos calificados; y la alta fragmentación entre los subsectores de salud (mixto, privado y público). El hecho de que el 95% de los partos son institucionales, sugiere que la alta mortalidad materna y neonatal se debe a limitaciones en la capacidad de resolución obstétrica y perinatal de referencia³. El sistema de salud actual se basa en la conformación de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF) como puerta de entrada al sistema, las cuales deben articularse con otras redes de atención especializada y complementaria, así como con otros sistemas de apoyo (transporte, comunicación, etc.). Si bien el sistema de salud ha tenido avances en los últimos años, con la ampliación de la cobertura de la Atención Primaria en Salud (APS)⁴, no se ha logrado la articulación de los servicios en red⁵, lo cual se refleja en las inequidades de cobertura y acceso a los servicios materno-neonatales, señaladas anteriormente.

¹ Las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años en Paraguay (2010) son del 14%, 21% y 25% respectivamente, mientras que para el mismo año, el promedio de estos indicadores en los países del cono sur es de 8,8%, 13,4% y 15,6% respectivamente, y para los países de la región de América Latina y el Caribe son de 10,8%, 18,1% y 23,3% (no hay datos comparativos para el año 2011).

² Los ODM para Paraguay buscan llegar a una tasa de mortalidad infantil de 10 (por mil nv) y una tasa de mortalidad de la niñez (menores de 5) de 13 (por mil nv).

³ Limitados recursos humanos y equipamiento adecuado, con atención continuada de 24 horas, con un sistema de referencia y contrareferencia, un sistema adecuado de transporte y comunicación, y con una mejor calidad de servicios en relación al cumplimiento de normas y estándares de atención, entre otros.

⁴ Entre a partir del 2008 se han creado alrededor de 740 Unidades de Salud de la Familia en todo el país, con un equipo de salud, con enfoque preventivo y comunitario.

⁵ A efectos organizativos de la RISS, el territorio nacional se organiza en Redes regionales (18), denominadas Regiones Sanitarias, que se corresponden con los límites de los Departamentos y de la Capital del país. Para facilitar una gestión más cercana a los problemas y necesidades de la población, las Regiones Sanitarias se organizan en Áreas Sanitarias para conjuntos de territorio y población, con aproximadamente 50.000 personas.

- 2.5 Paraguay, ha suscrito compromisos internacionales para reducir la mortalidad materna y neonatal⁶, los que ha incorporado en planes, programas y estrategias de salud. En este contexto, el MSPBS incluyó entre sus ejes estratégicos 2013-2018, el fortalecimiento de las redes integradas de salud, basada en la APS, con énfasis en salud materna, infantil y neonatal. Como primera fase, el MSPBS iniciará un programa piloto de fortalecimiento de las redes, con énfasis en CONE en la región sanitaria del Alto Paraná, con el apoyo del BID y de la OPS. Alto Paraná es uno de los 5 departamentos del país con las mayores tasas de mortalidad materna y neonatal y recientemente se fortaleció su infraestructura física y de recursos humanos, con lo cual no requiere una mayor inversión para iniciar el fortalecimiento de su red⁷. Los beneficiarios potenciales del programa serían 203.226 mujeres en edad fértil (MSPBS, 2012).

III. Objetivos, componentes y resultados esperados

- 3.1 El objetivo general de la Cooperación Técnica (CT) es apoyar al MSPBS en la planificación, organización y gestión de las redes de servicios de salud, partiendo de la implementación de la estrategia de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, incluyendo los de emergencia -CONE- en la región sanitaria del Alto Paraná. El resultado esperado de la CT es el aumento del acceso, calidad y uso de los servicios obstétrico-neonatales, provistos en todos los niveles de atención de la red del Alto Paraná, que contribuirá a la disminución de la [morbilidad y mortalidad materna y neonatal](#), por causas prevenibles. La implementación de éstas actividades incluye dos componentes:
- 3.2 **Componente 1. Definición e implementación de un modelo de atención integrada de servicios de salud, con énfasis en el CONE.** El objetivo de este componente es apoyar la conformación de la red integrada de servicios de salud, con énfasis en la atención obstétrica-neonatal, en la región sanitaria del Alto Paraná. El producto esperado de este componente es la sistematización, definición y validación de un modelo de organización y gestión de redes que sea replicable en el nivel nacional. El componente se enfocará en financiar las siguientes actividades:
- 3.3 **Actividad 1. Relevamiento y diagnóstico del funcionamiento actual de las redes de salud del Alto Paraná.** Esta actividad apoya el relevamiento de la información existente para determinar la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud de la región sanitaria del Alto Paraná, con énfasis en los servicios de CONE, lo que permitirá plantear las intervenciones para su implementación. Esto incluye, entre otros aspectos, datos de: (i) población y territorio en el área geográfica de influencia; (ii) organización actual de la red de provisión de servicios incluidos del primer, segundo y tercer nivel, así como los servicios de salud disponibles a nivel comunitario; (iii) brechas de personal

Las Áreas Sanitarias se dividen en espacios de territorio con una población de aproximadamente 5.000 personas, denominados Territorios de Salud Familiar, que constituyen el territorio nuclear de la RISS.

⁶ Tales como los ODM (2000), Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño (2008); Plan de Acción para la Disminución Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Severa (2011); Una Promesa Renovada (2013), entre otros.

⁷ De 5 a 77 USF, de 130 a 215 médicos desde 2009 (2,7 por cada 10.000 habitantes) y de 78 a 211 (2,7 por cada 10.000 habitantes) enfermeras (MSPBS, 2012). Además cuenta con 1 Hospital Regional, 4 Hospitales Distritales y 7 Centros de Salud.

administrativo, prestador de servicios, equipo e insumos para implementar servicios CONE de primer, segundo y tercer nivel; (iv) descripción y funcionamiento de subsistema de referencia y contra-referencia; (v) procesos y mecanismos de participación social ciudadana y comunitaria en salud; (vi) acciones de coordinación intersectorial con el liderazgo de salud; y (vii) indicadores de base de salud y de hospitales.

3.4 **Actividad 2. Definición de un modelo de RISS, con énfasis en CONE para la región sanitaria del Alto Paraná y un plan estratégico y operativo para su implementación.**

El objetivo es desarrollar un modelo de RISS, con énfasis en CONE, teniendo en cuenta el diagnóstico basal. El modelo debe incluir, como mínimo los siguientes ámbitos: (i) modelo de prestación que defina los servicios por niveles desde la prevención, promoción y manejo; (ii) subsistema de aseguramiento de la calidad de los servicios bajo estándares e indicadores que faciliten el cumplimiento de las normas y procedimientos, incluyendo la pertinencia cultural como criterio de calidad; (iii) estructura y mecanismos de gobernanza del modelo caracterizado por un sistema de participación ciudadana y acciones intersectoriales; (iv) organización y gestión que permita una gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico; y (v) asignación financiera e incentivos. Este modelo será socializado y consensuado por parte del MSPBS con los principales actores de la región, previo a su implementación.

3.5 **Actividad 3. Implementación y validación del Modelo de RISS, con énfasis en CONE.** El objetivo de este componente es la implementación del modelo definido anteriormente con base en el Plan Estratégico. Con el fin de que se afiance el liderazgo nacional y se facilite la apropiación y sostenibilidad del Modelo por parte del MSPBS, la coordinación de su implementación será responsabilidad de la Dirección Regional de Salud con instancias de nivel central (ver sección 5.1). La ejecución será apoyada por parte de una organización o fundación con experiencia regional en ejecución de proyectos de salud.

3.6 **Componente 2. Apoyo a la Gestión del Modelo.** Se financiarán actividades de apoyo en la gestión del programa. Estas son: (i) definición de la línea de base y una primera evaluación de resultados del programa a los 15 meses de su implementación; y (ii) evaluación de procesos a la mitad de la implementación del programa; y (iii) definición y desarrollo de una estrategia de comunicación y sensibilización social dirigida a los gobiernos locales, instancias de salud y comunidad, que incluya la divulgación de los resultados del programa. Esta última actividad contará con el asesoramiento de UNICEF.

IV. Presupuesto

4.1 El costo total del proyecto, presentado en el Cuadro 1 es de US\$400.000 financiados en un 100% con recursos de la CT. Se podrán propiciar acuerdos de co-financiamiento para uso de recursos de FONACIDE⁸⁾ para fortalecer infraestructura física u otros.

⁸ En la medida en que los recursos de FONACIDE (Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo) sean transferidos a los gobiernos locales (distritos de Alto Paraná) se podrán buscar alianzas.

Presupuesto Indicativo*

Actividad	Descripción	BID/Fondo
Componente 1.	Definición e implementación de un modelo de atención integrada de servicios de salud, con énfasis en el CONE	350.000
Componente 2.	Apoyo a Gestión del Modelo	50.000
Total		400.000

V. Agencia ejecutora y estructura de ejecución

- 5.1 A solicitud del Gobierno de Paraguay, el Banco será el ejecutor de las actividades contempladas en la CT. La contraparte técnica del Banco será la Dirección de Desarrollo de Servicios de Redes de Salud (DDSRS), quién convocará mensualmente a un Grupo Técnico (GT) compuesto por el Director Regional del Alto Paraná, las Direcciones de Estratégica Nacional de Recursos Humanos (DERH), la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), y la Dirección de Planificación y Evaluación y la Dirección de Vigilancia. Este comité supervisará y apoyará la ejecución del programa y le rendirá cuentas al Ministro y/o Viceministro de Salud mensualmente. El coordinador de la implementación del programa en el nivel regional será el Director Regional del Alto Paraná y para la ejecución de la CT se contratará una Organización de la Sociedad Civil (OSC) o fundación, con experiencia en proyectos de salud y con conocimiento de la región, la cual suscribirá un convenio con el MSPBS y la región sanitaria del Alto Paraná. Externamente, el programa contará con un grupo técnico de monitoreo financiado por la OPS, quién asesorará al MSPBS en la implementación del Modelo.

VI. Riesgos del proyecto

- 6.1 El principal riesgo es lograr una adecuada coordinación entre los actores del programa, ya que el funcionamiento de las redes depende, tanto de la coordinación entre los diferentes establecimientos de cada uno de los niveles de atención del sistema de salud, como de la coordinación al interior del MSPBS. Las medidas de mitigación son: (i) conformación del Grupo Técnico, con reuniones mensuales para la rendición de cuentas directamente al Ministro de Salud (o viceministro/a); (ii) la contratación de una entidad ejecutora con experiencia en salud y conocimiento de la región; y (iii) la inclusión de un equipo externo de supervisión y asesoramiento (incluye la OPS y UNICEF).

VII. Clasificación medioambiental

- 7.1 De acuerdo a la Política de Salvaguardas del Medioambiente (OP-703), esta CT fue clasificada con categoría “C”, ya que no genera riesgos sociales o ambientales.