

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PARAGUAY

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

(PR-L1167)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Francisco Ochoa, Jefe de Equipo (SPH/CPR); Lesley O'Connell (SPH/CHO); Ignacio Astorga (SPH/CGU); Rita Sorio (SPH/CPE); Jennifer Nelson, Martha Guerra, Laura Oliveri y Mauricio Dinarte (SCL/SPH); David Maier (VPS/ESG); Jean Eric Theinhardt (IFD/ICS); Rosa Esperanza González Mahecha (CSD/CCS); Iciar Hidalgo Roca (INE/INE); Guillermo Eschoyez (LEG/SGO); Jorge Seigneur y Jorge Luis González (VPC/FMP); y Marta Corvalán (CSC/CPR).

De conformidad con la Política de Acceso a Información el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemática y justificación	2
B. Objetivos, componentes y costo	14
C. Indicadores claves de resultados.....	15
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	16
A. Instrumentos de financiamiento	16
B. Riesgos ambientales y sociales.....	17
C. Riesgos fiduciarios.....	18
D. Otros riesgos y temas claves.....	18
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	18
A. Resumen de los arreglos de implementación	18
B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados.....	20

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS REQUERIDOS (EER)	
EER#1	Plan de Ejecución Plurianual (PEP)- Plan Operativo Anual (POA)
EER#2	Plan de Monitoreo y Evaluación
EER#3	Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)
EER#4	Plan de Adquisiciones

ENLACES ELECTRÓNICOS OPCIONALES (EEO)	
EEO#1	Análisis Económico del Proyecto
EEO#2	Estimación de Brechas de CONE en siete departamentos
EEO#3	Plan Operativo de Desarrollo de la RISS en Paraguay
EEO#4	Transformación Digital en Salud en Paraguay
EEO#5	Estudio de Oferta y Demanda de Servicios de Salud, Paraguay
EEO#6	Borrador del ROP
EEO#7	Marco Gestión Ambiental
EEO#8	Análisis Ambiental y Social
EEO#9	Filtro de Política de Salvaguardias (SPF) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia (SSF)

ABREVIATURAS	
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EMCC	Estrategia de Mejora Continua de la Calidad
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
IPS	Instituto de Previsión Social
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NV	Nacidos Vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Reporte de Monitoreo del Programa
PNETDS	Plan Nacional Estratégico de Transformación Digital de la Salud
POA	Plan Operativo Anual
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RRHH	Recursos Humanos
SINAIS	Sistema Nacional de Información de Salud
SSIEV	Subsistema de Información de Estadísticas Vitales
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
USF	Unidad de Salud Familiar

RESUMEN DEL PROYECTO
PARAGUAY
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD
BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
(PR-L1167)

Términos y Condiciones Financieras				
Prestatario:			Facilidad de Financiamiento Flexible ^(a)	
República del Paraguay			Plazo de amortización:	24 años
Organismo Ejecutor:			Período de desembolso:	6 años
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)			Período de gracia:	6,5 años ^(b)
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en LIBOR
BID (Capital Ordinario):	45.000.000	100	Comisión de crédito:	(c)
			Comisión de inspección y vigilancia:	(c)
Total:	45.000.000	100	Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,07 años
			Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América
Esquema del Proyecto				
Objetivo/descripción del proyecto: El objetivo general del programa será contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable de Paraguay, a través del fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) basadas en Atención Primaria de Salud (APS). Los objetivos específicos son: (i) la expansión y fortalecimiento de la red asistencial; y (ii) la mejora de la calidad de la atención en líneas de cuidado priorizadas, entre ellas la de salud materno infantil, la de ECNT, en particular diabetes e hipertensión y cáncer, y la de VIH-SIDA y tuberculosis.				
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que el MSPBS haya aprobado el Reglamento Operativo del Programa (ROP); y (ii) que el MSPBS haya constituido la Unidad de Gestión del Programa (UGP), con la composición básica que se describe en el ¶3.2 (¶3.3).				
Condiciones contractuales especiales de ejecución: El plazo para inicio material de las obras será de tres años contados a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo. Véase el Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS) para otras condiciones contractuales especiales.				
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.				
Alineación Estratégica				
Desafíos ^(d) :	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>
			EI	<input type="checkbox"/>
Temas Transversales ^(e) :	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input checked="" type="checkbox"/>
			IC	<input type="checkbox"/>

- ^(a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda, de tasa de interés y de productos básicos. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.
- ^(b) Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.
- ^(c) La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.
- ^(d) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).
- ^(e) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemática y justificación

- 1.1 Paraguay consiguió importantes avances en las condiciones de salud de su población en los últimos 15 años, en un contexto de fuerte expansión económica y aumento del gasto social¹. Particularmente, la razón de mortalidad materna (RMM) y la tasa de mortalidad neonatal se redujeron 61,3% y 23,7% respectivamente². Una parte de esta mejora puede atribuirse al aumento de la cobertura de la atención básica de salud y del uso de servicios³, al incremento en el uso de métodos de planificación familiar (PF), así como a la extensión del parto institucional⁴. También la desnutrición crónica de niños menores a cinco años bajó de 17,5% a 5,9% entre 2005 y 2016⁵. A pesar de estas tendencias, Paraguay presenta todavía indicadores por encima del promedio de América Latina y similares a los de países con menor desarrollo, tales como Nicaragua y Honduras⁶. Aunque se ha reducido, la mortalidad materna se mantiene alta y muestra una tendencia volátil que dificulta proyectar una reducción sostenida. Además, las mejoras alcanzadas ocultan importantes disparidades entre niveles de ingreso, etnicidad y entre regiones.
- 1.2 En 2017 fueron reportadas 78 muertes maternas, llegando a una razón de 67,3 por 100.000 nacidos vivos (NV)⁷, muy por encima de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducirla a 37,5 por 100.000 NV hasta 2015. De estas muertes, 41% fueron ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; 23% por preeclampsia⁸ y 14% por hemorragias. Dadas las condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, prácticas culturales, limitaciones de cobertura de servicios básicos y la falta de dotación de equipos y recursos humanos (RRHH) calificados, la situación de la mortalidad materna puede ser explicada con el modelo de las tres demoras⁹. La mayor parte de estas defunciones se producen en establecimientos de salud y son evitables, lo que denota limitaciones de acceso y oportunidad (primera y segunda demora) y un problema de calidad de atención (tercera demora), y cerca de 20% corresponde a adolescentes¹⁰. Algunos de los departamentos con mayor índice de mortalidad materna son Alto Paraguay, Alto

¹ La economía paraguaya viene creciendo a un promedio de 4,5% desde hace 15 años, y, sólo en los últimos 10 años, el Producto Interno Bruto (PIB) se ha expandido 50% en un contexto de baja inflación.

² Entre 2004 y 2018, la RMM por 100.000 NV cayó de 153,5 a 67,3, mientras que la tasa de mortalidad neonatal por 1.000 NV disminuyó de 10,7 a 9.

³ La proporción de personas que se enfermaron y realizaron una consulta médica se incrementó de 48,6% a 80,3%. Esta cifra se duplicó en las áreas rurales de 36,9% a 76,9%. *Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales Resultados*. Gerardo Benítez, 2017.

⁴ Pasó del 92,1% en 2008 al 97,9% en 2017. Plan de Acción Nacional en Población y Desarrollo 2018-2019.

⁵ Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2005 y Encuesta de Indicadores Múltiples 2016.

⁶ De 20 países de América Latina y el Caribe, Paraguay se ubica en número 16 en RMM y 14 en tasa de mortalidad de menores de cinco años. "Paraguay, invertir en Capital Humano", Banco Mundial (BM), 2018.

⁷ Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV), 2018.

⁸ La preeclampsia es una condición causada por la presencia de hipertensión inducida por el embarazo.

⁹ Éstas se resumen en: (i) retraso en la decisión de buscar atención; (ii) retrasos en la llegada a un establecimiento de salud por falta de un medio de transporte adecuado o limitaciones para cubrir su costo; y (iii) retraso en la prestación de la atención adecuada (de calidad). Thaddeus, S. and Maine, D. (1994) *Too Far to Walk, Maternal Mortality in Context*. Social Science & Medicine, 38, 1091-1110.

¹⁰ De acuerdo al SSIEV, entre 2010 y 2016, nacieron 142.847 niños de madres entre 10 y 19 años. Para más información, ver "Paraguay Joven: Informe sobre Juventud". UNFPA.

Paraná, Caazapá y Concepción¹¹. A pesar de que hubo progresos importantes en años recientes, la capacidad de respuesta a emergencias obstétricas en el interior del país es todavía limitada al existir pocos hospitales con infraestructura, insumos y RRHH calificados para responder a estas situaciones¹².

- 1.3 Por su parte, la tasa de mortalidad infantil (TMI) tuvo una tendencia decreciente más clara en los últimos 15 años¹³, pero aún existen importantes deficiencias. La mayor proporción de muertes de niños se produce en el período perinatal, es decir, entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida. Mientras la TMI alcanzó en 2017 los 12,6 por 1.000 NV, la mortalidad neonatal fue de 9 por 1.000 NV, y de ésta el mayor peso recae en la mortalidad neonatal temprana (6,8 por 1.000 NV), de lo que se infiere la existencia de limitaciones en la atención del parto y del neonato. En algunos departamentos, como Alto Paraguay, llegó a 30,7 por 1.000 NV. A nivel nacional, en 2017 fallecieron 1.041 niños en el período neonatal, lo que representa 62% de la mortalidad de menores de cinco años de edad. De estos fallecimientos, cerca de 68% corresponden a partos prematuros. Se estima que 40% de la mortalidad neonatal es causada por lesiones debidas al parto, lo que está asociado a problemas de coordinación obstétrica neonatal.
- 1.4 **Caracterización de la morbilidad materna y neonatal.** Las cifras de mortalidad mencionadas pueden atribuirse principalmente a las limitaciones del sistema de salud pública. Esto se refleja en que la mayoría de los embarazos se detectan después de las 12 semanas de gestación¹⁴ y que en el 15% de los casos no se cumple con los cuatro controles por personal calificado¹⁵. A esto se suma la falta de aplicación sistemática y verificación periódica de los protocolos de atención y sus estándares, lo que compromete la calidad de atención, considerada como deficiente por el propio MSPBS¹⁶. De aquellas embarazadas que realizan las cuatro consultas, 17% sólo reciben su primer control a partir del segundo trimestre de gestación y en el caso del quintil más pobre, esta cifra llega a 28%¹⁷. Otro factor que contribuye a este cuadro es la alta proporción de embarazo adolescente. Si se consideran los nacimientos en madres de la franja de 10 a 19 años, éstos representan la quinta parte de todos los nacimientos ocurridos en el país. El embarazo adolescente presenta mayores riesgos y tiene una prevalencia más elevada en los estratos de menores ingresos¹⁸. Entre 2004 y 2013, se incrementó en 61,6% el número de nacimientos en la franja de edad de 10 a 14 años. Por su parte, el uso de métodos de PF continúa creciendo, pero todavía 31,6% de las mujeres en edad fértil no utiliza ningún método.

¹¹ Por ejemplo, Concepción concentra 6% de las muertes maternas registradas, siendo que cuenta con 3% de la población del país.

¹² Plan de Acción para la Disminución Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Morbilidad Materna Severa. MSPBS y Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013.

¹³ Contribuyeron la expansión de los servicios y diversos esfuerzos para atacar las causas de este flagelo. Por ejemplo, la reciente campaña “Movilización Nacional para disminuir la mortalidad materna y del Recién Nacido”, conocida como #Cero Muertes Evitables.

¹⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las embarazadas deben ser captadas antes de las 12 semanas de gestación para iniciar los cuidados del caso y sobre todo para detectar y tratar tempranamente cualquier complicación que comprometa la salud.

¹⁵ Indicadores Básicos. Situación de Salud. OPS, 2018.

¹⁶ MSPBS. Política Nacional de Calidad en Salud 2017–2030. Página 11.

¹⁷ Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, 2016.

¹⁸ Embarazo y Maternidad de Niñas en Paraguay. Centro de Documentación y Estudios, 2018.

- 1.5 A estas limitaciones del sistema de salud se suman algunas condiciones de comorbilidad¹⁹ que contribuyen a la mortalidad materna y neonatal, como la anemia (que afecta a 33% de las embarazadas²⁰), hipertensión arterial o diabetes. También el sobrepeso y la obesidad en la madre son factores que aumentan las complicaciones en el embarazo y condicionan el parto normal. Casi la mitad de las embarazadas paraguayas presentan sobrepeso u obesidad, y 35% de los partos en Paraguay son por cesárea, muy por encima del 15% recomendado por la OMS, lo que plantea el desafío de verificar la pertinencia técnica de dicha práctica, mediante la verificación del cumplimiento de las indicaciones absolutas y relativas de este procedimiento quirúrgico.
- 1.6 **Rápida transición epidemiológica.** Paraguay atraviesa una transición epidemiológica donde las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen un peso creciente, aunque convive todavía con una alta prevalencia de las enfermedades infecciosas. Cada año mueren aproximadamente 20.000 personas por ECNT, de las cuales 30% son muertes prematuras²¹. Las ECNT que se encuentran entre las principales causas de defunciones son las enfermedades cerebrovasculares, los tumores, las enfermedades cardiovasculares, y la diabetes. Esta última enfermedad afecta a 640.000 personas (9,7% de la población)²² y Paraguay tiene la tasa de mortalidad por diabetes más alta de la región, llegando a 59,9 por 100.000 habitantes, muy por encima del promedio del Cono Sur de 22,5 cada 100.000 habitantes²³. En cuanto a las enfermedades infecciosas, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), afecta a 18.247 personas, de las cuales 30,61% se encuentran en estado SIDA. De los nuevos diagnósticos del año 2017, el 53,36% tiene entre 20 a 34 años, y 71,10% de los nuevos diagnósticos fueron del sexo masculino. El acceso al tratamiento es actualmente limitado dado que, de las personas diagnosticadas con VIH²⁴, sólo 56,2% recibieron tratamiento antirretroviral en 2017. Finalmente, la tuberculosis ha disminuido pero se mantiene elevada, llegando a una prevalencia de 37 por 100.000 habitantes.

1. Los causantes de esta situación

- 1.7 **Cobertura y calidad de la atención.** Aunque factores económicos, sociales y culturales²⁵ son determinantes que explican parte de esta situación, el acceso limitado a servicios de salud y la baja calidad de la atención son responsables principales de las altas tasas presentadas anteriormente. Con el objetivo de hacer frente a la mortalidad materna y neonatal, con el simultáneo aumento de las ECNT, Paraguay adoptó la misión de alcanzar la cobertura universal en salud pública²⁶, mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con la

¹⁹ Término que describe dos o más trastornos o enfermedades que ocurren a la vez.

²⁰ OMS, 2016.

²¹ Análisis de la Situación de las ECNT. MSPBS, 2014.

²² OPS.

²³ Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas. OPS, 2018.

²⁴ El Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS (PRONASIDA) ha establecido la meta de que el 90% de las personas que viven con VIH deberían ser diagnosticadas. De éstas, 90% debería recibir terapia antirretroviral continuada y de ellas, 90% debería tener supresión viral. Situación Epidemiológica del VIH en Paraguay, 2017.

²⁵ El enfoque intercultural y de derechos humanos todavía no ha sido suficientemente incorporado por los trabajadores de salud, sobre todo en la atención hospitalaria, con espacio de mejora en la APS.

²⁶ Consejo Directivo de la OPS en octubre de 2014. Ver Política Nacional de Salud 2015-2030 del MSPBS.

instalación de las Unidades de Salud Familiar (USF)²⁷. Este modelo tiene como objetivo acercar los servicios de salud a las familias, actuando como puerta de entrada al sistema y aumentando la resolutivez del primer nivel de atención. Aunque el modelo se encuentra en rápida expansión²⁸, todavía 60% de la población está excluida del mismo²⁹. Se estima que hay una brecha de 1.194 USF para poder garantizar el acceso universal a la APS. Existe también una duplicidad en la atención básica debido a la existencia de 49 dispensarios y 400 puestos de salud y centros de salud del modelo tradicional, que ofrecen servicios básicos en los mismos territorios que las USF, con equipos diferentes y a veces adscritos a los mismos establecimientos, dificultando la gestión del servicio³⁰. A esto se añade que muchas de las USF y hospitales públicos presentan condiciones de infraestructura inadecuadas o no cuentan con el equipo médico mínimo³¹. En el caso de las USF, solo 11% de los médicos tienen especialidad en medicina familiar, y la mayoría carece de agentes comunitarios³², limitando el trabajo extramural y las acciones de promoción y prevención requeridas por el modelo de APS. Estas deficiencias se agravan a nivel departamental. Un estudio muestra que en el departamento de Caazapá, las USF (primer nivel de atención) y puestos y centros de salud (establecimientos de mediana complejidad) tienen un déficit de 77,4% de equipamientos médicos mientras que en el departamento de Concepción, 70,6% carecen del equipamiento básico completo³³. Esto también se repite en los servicios de alta complejidad. Por ejemplo, un relevamiento hecho en los hospitales distritales de San Estanislao y General Aquino, ambos en el departamento de San Pedro, muestra que 83% y 100% de las salas, respectivamente, requieren reparaciones mayores y existen déficits importantes de equipamiento y dotación de RRHH³⁴.

- 1.8 La oferta todavía limitada se ve agravada por problemas de calidad, baja resolutivez y débil articulación entre los niveles de atención, perjudicando la continuidad de la atención para los usuarios³⁵. No existe una cartera de servicios de la salud pública que claramente defina el conjunto de prestaciones organizado por niveles de atención y las guías clínicas, que son instrumentos fundamentales para promover las buenas prácticas de atención, en muchos casos no están

²⁷ Cada USF es responsable de aproximadamente 3.500 a 5.000 personas, y cuenta con un médico, un licenciado en enfermería, un auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios, así como un profesional en odontología por cada tres USF.

²⁸ Entre 2009 y 2018, el número de USF creció de 176 a 804 unidades.

²⁹ Utilizando un parámetro de cobertura de 3.500 personas, aproximadamente 4 millones de paraguayos no tienen acceso a atención básica pública.

³⁰ La red pública se completa con nueve hospitales especializados, cuatro centros especializados, 17 hospitales regionales, 11 hospitales materno-infantiles, 37 hospitales distritales y 90 centros de salud.

³¹ Un estudio realizado en siete departamentos estima que en promedio las USF carecen del 60% del equipamiento biomédico, del 54% de los ambientes físicos y del 40% de RRHH requeridos por las normas del sector. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) 2017.

³² En una muestra de siete departamentos, 85% de las USF carecieron de los agentes comunitarios que deberían estar asignados según la normativa.

³³ Estimación de brechas en la línea de Cuidados Obstétrico y Neonatales Esenciales (CONE) en el primer y segundo nivel de atención en siete Departamentos. BID, 2017.

³⁴ El Hospital de General Aquino tiene sólo 1 de 8 equipos mayores (carece de rayos x, ecógrafo, equipos de diagnóstico, electrocardiógrafo e incubadora) y menos de 50% de la dotación de RRHH recomendada. Por su parte, el Hospital de San Estanislao carece de 50% de los equipos del área de urgencias y presenta un 33% menos de profesionales de salud que el hospital distrital del IPS. Análisis de la oferta de servicios de salud en Paraguay, II Red departamental de salud de San Pedro, 2014.

³⁵ MSPBS con RISS Salud. 2017. Panorama Regional: Sistemas de Salud de Latinoamérica y Estado de Situación del Modelo RISS. Asunción, Paraguay.

elaboradas o tienen un nivel de apropiación y utilización bajo por parte del personal sanitario. La baja resolutiveidad de la atención básica impacta en los hospitales y se ve reflejada en que 40% de las visitas de salud iniciales se realizan en hospitales³⁶, recargando las áreas de urgencia, y 18% de los egresos hospitalarios son por causas sensibles a la atención básica. Dado que no existen centrales de regulación y de agendamiento de consultas, las unidades reciben consultas por demanda espontánea, causando ineficiencias en el sistema y tiempos de espera que alcanzan un promedio de 79 minutos, tres veces superior a los de la salud privada³⁷. La fragilidad de la atención básica contribuye, por ejemplo, a las altas tasas de mortalidad por cáncer de mama y cáncer cérvico uterino que presenta Paraguay, dado que es limitada la promoción de la salud y el tamizaje periódico³⁸. El diagnóstico precoz puede prevenir estos tipos de cáncer y el tratamiento oportuno contribuye a aumentar los años de vida.

- 1.9 Para atacar las limitaciones de oferta y de calidad descritas, Paraguay viene realizando un esfuerzo sostenido por incrementar el financiamiento de la salud. En el periodo 2004-2014, el gasto público casi se duplicó, pasando de 2,4% a 4,5% del PIB. Y aunque alcanza al 11,2% del presupuesto total, se encuentra todavía muy por debajo de otros países como Uruguay (21,8%) o Argentina (21,7%) y presenta altos niveles de ineficiencia. A contramano de lo que viene ocurriendo en la región donde el gasto de bolsillo o privado está en caída, en Paraguay se mantiene alto y representa 65% del gasto total en salud, siendo el más elevado de la región. La mayor parte de la ineficiencia del gasto nace de los problemas de calidad y de la duplicidad de servicios en algunas regiones. A esto se suma la asignación de recursos por criterios demográficos o históricos, en lugar de por demanda actual o resultados de salud, lo que impide priorizar redes distritales con peores resultados sanitarios y reducir ineficiencias.
- 1.10 **Débil institucionalidad del MSPBS.** Otro factor que contribuye a la situación actual es que el MSPBS presenta una frágil rectoría y prestación de servicios, con una gestión institucional descoordinada y marcados problemas de gobernanza. La fragmentación de programas, presupuestos, y sistemas de información dificultan la planificación estratégica³⁹. También hay un débil ordenamiento de normas y reglamentaciones, tanto administrativas como clínicas. Las siguientes dos áreas, que son claves para la mejora de la calidad en salud, presentan importantes desafíos:
 - a. **RRHH.** El sistema de salud pública tiene una estructura compleja y disfuncional. La densidad de trabajadores de salud en promedio es de 23,3 por cada 10.000 habitantes, muy por debajo de la región (84,6) e inferior al umbral de 25 por cada 10.000 habitantes establecido por la OMS para prestar servicios esenciales de cuidado materno infantil. Además, la distribución territorial de la fuerza de trabajo de salud es inequitativa: la capital y el departamento Central concentran 60% de los médicos y enfermeros, a pesar

³⁶ Paraguay, Notas de Política. BM 2018.

³⁷ Paraguay, Invertir en Capital Humano, BM 2018.

³⁸ El cáncer de mama es el primero en incidencia en mujeres, causando la muerte de 13,2 mujeres de cada 100.000. Paraguay además presenta la mayor incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino en la región, con una tasa de mortalidad de 10,5 por cada 1.000 mujeres menores de 70 años.

³⁹ Plan Estratégico Institucional 2013-2018. MSPBS, 2013.

de contar con 37% de la población del país⁴⁰. Algunos de los factores que dificultan la gestión de RRHH son: (i) la excesiva centralización (manejada por el MSPBS); (ii) falta de incentivos para radicar personal en el interior del país; (iii) variedad de contratos con diversas cargas horarias, bajos salarios y el pluriempleo; y (iv) formación sesgada para especializaciones hospitalarias, generando un déficit importante para cumplir con la política de APS. También hay un escaso desarrollo de personal con formación en salud pública y salud familiar⁴¹. Estimaciones efectuadas por el MSPBS señalan que sólo 11% de los médicos del primer nivel cuenta con la especialidad de medicina familiar⁴², existiendo a nivel nacional un total de 266 médicos certificados en dicha especialidad⁴³. Lo anterior constituye una limitación para la consolidación del modelo de atención y la expansión del número de USF, que requiere de estrategias específicas para su abordaje.

- b. **Sistemas de información en salud.** En términos de sistemas, aunque no existe un diagnóstico reciente⁴⁴, varios análisis destacan que los sistemas de información de salud son excesivamente fragmentados, con escasa coordinación entre sistemas y subsistemas, y con deficiencias de calidad y oportunidad de información⁴⁵. Coexisten más de 30 bases de datos sin articulación y 200 formularios, cuya aplicación genera una carga importante para el personal de salud, sin permitir un análisis estratégico de la información. Desde 2008 se implementa el Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS), enfocado principalmente en estadísticas vitales, vigilancia de la salud y ambiente. Para fortalecer la gestión de servicios con enfoque de red, el MSPBS ha implementado experiencias piloto, como el Sistema de Información Georreferenciado (SIG) para los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), que está en uso en seis departamentos. Paraguay también cuenta con sistemas de información farmacéutica y patológica, pero no tiene sistemas de laboratorios ni de imagen médica, elementos críticos para aumentar la resolutivez del primer nivel de atención⁴⁶. Actualmente no existe un sistema de información de historia clínica electrónica y estándares de interoperabilidad de la salud, los cuales son críticos para lograr que la información fluya desde el MSPBS, el Instituto de Previsión Social (IPS), y otros actores en el sistema de salud. Se cuenta con un identificador único del paciente, que es el número de cédula de identidad, tanto para el IPS como para el MSPBS. Por último, falta una revisión y actualización de las normativas legales y regulatorias para fomentar la transformación digital en salud.

⁴⁰ Estudio sobre disponibilidad y distribución de RRHH en salud en los países partes del Mercosur. Hugo Mercer y María Pozzio.

⁴¹ Sistemas de Salud en Sudamérica: Paraguay, Desafíos Hacia la Integralidad y Equidad. MSPBS, 2011. Cómo y por cuánto reformar el mercado de trabajo de los RRHH en salud en el Paraguay. Consultoría OPS en Paraguay. Dr. Antonio Sánchez, 2011.

⁴² Son 72, de un total de 722 médicos. Presentación “Consolidación de la Atención Primaria de la Salud”, Dra. María Alicia Macedo. Directora de Atención Primaria MSPBS–Paraguay. Octubre 2018.

⁴³ Listado de médicos certificados en medicina familiar, Sociedad de Medicina Familiar de Paraguay, disponible en: <http://www.spmf.org.py/index.php/quienes-somos/resena-historica>.

⁴⁴ Los diagnósticos disponibles de los sistemas de información del MSPBS son del 2006–2008. <http://portal.mspbs.gov.py/digies/publicaciones/documentaciones-del-sinais/>

⁴⁵ *Measure Evaluation*, 2009.

⁴⁶ Perfil de eSalud de la OPS, 2015.

- 1.11 A estas limitaciones debe añadirse que el sistema de salud está fragmentado entre el subsistema del MSPBS, que cubre 73% de la población, y el del IPS que beneficia a los trabajadores asalariados, cerca de 19% de los paraguayos⁴⁷. Cada subsistema cuenta con su propia red de atención, generando una fuerte desarticulación y segmentación que se traducen en barreras de acceso, mayores desigualdades⁴⁸, diferencias de calidad y falta de continuidad en el cuidado de los pacientes.
- 1.12 **Red de Servicios basada en la APS, para responder al desafío.** Con el objetivo de mejorar la calidad y continuidad de la atención, y aumentar la eficiencia, Paraguay implementa desde 2015 una profunda reforma para estructurar Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) basadas en la APS. Bajo el enfoque de RIISS, los servicios son administrados y ofrecidos para que las personas reciban un proceso continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo de su ciclo de vida (OMS, 2015). Este modelo evalúa y estratifica a la población por riesgos sociosanitarios y define una cartera de prestaciones de acuerdo a las particularidades de cada territorio. La evidencia internacional muestra que la prestación de servicios con base en APS integrada, enfatizando la promoción de salud, con resolución de la mayor carga de morbilidad a este nivel, sirve para evitar hospitalizaciones. La organización de servicios en redes integradas basadas en la atención primaria incrementa la eficiencia en el uso de los recursos, además de mejorar los resultados de salud al promover la continuidad de la atención⁴⁹. En la práctica, la implementación del enfoque de red en Paraguay todavía es muy limitada y no existen flujos asistenciales claros a nivel de cada red distrital, contribuyendo a los problemas de calidad descritos en ¶1.8⁵⁰. Los Comités Locales de Salud reciben transferencias de recursos del MSPBS para gestionar el funcionamiento de las microrredes locales, pero estos recursos no están vinculados a resultados sanitarios y raramente contribuyen a la articulación entre servicios de los tres niveles de atención. El MSPBS se encuentra desarrollando un nuevo Manual de Organización de Servicios y un Plan de Implementación de la RIISS, que permitirán identificar las necesidades específicas de cada territorio para responder a las demandas actuales y futuras en salud.
- 1.13 Por otra parte, Paraguay viene fortaleciendo la calidad de la atención a través de la integración en la cartera de servicios de líneas de cuidado priorizadas por su mayor impacto en los indicadores de salud. Mediante la RIISS fortalecida, se busca ofrecer el conjunto de servicios para una condición de salud o enfermedad específica, iniciando con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección y tratamiento oportuno, y la rehabilitación. Hasta ahora la principal línea priorizada es la de CONE⁵¹, para acelerar la

⁴⁷ La población restante recibe servicios de proveedores privados (7%), la sanidad policial y militar, entre otros. EPH, 2017.

⁴⁸ Por ejemplo, en el departamento de Caazapá, el IPS cuenta con 20 veces más RRHH en relación con su población asignada, y 5,5 veces más camas que los servicios públicos de salud.

⁴⁹ Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición, 2016, (GN-2735-7), BID.

⁵⁰ Para más información sobre el estado actual del modelo de RIISS en Paraguay, ver [EEO#3](#).

⁵¹ Conjunto de atenciones a las que deben tener acceso las mujeres embarazadas, puerperas y los recién nacidos, que son fundamentales para salvar sus vidas y prevenir la morbilidad a largo plazo.

disminución de las TMI y RMM, siendo la única línea de cuidado con norma de acuerdo con el nuevo modelo de RISS basadas en APS. También está siendo impulsada la línea de ECNT, especialmente del tratamiento de la hipertensión y la diabetes, y de cánceres prevalentes, como el cérvico uterino y de mama. La implementación de estas líneas de cuidado requiere de una fuerte coordinación entre los diferentes niveles de atención para garantizar la continuidad del cuidado, desarrollo de protocolos de atención, e implementación de centrales de regulación y de sistemas de referencia y contrarreferencia.

- 1.14 El Banco apoya al MSPBS en la implementación de las RISS mediante el Programa de Desarrollo Infantil Temprano – PDIT (2667/OC-PR), el cual está financiando la integración de los servicios de la línea de cuidado DIT en la cartera de la RISS, enfatizando la promoción y la captación y tratamiento oportuno del rezago en el desarrollo de los niños. Este programa ha impulsado el fortalecimiento de la APS, incluyendo la reconstrucción y equipamiento de 81 USF, contratación de agentes comunitarios y capacitación de los equipos de salud como parte de una estrategia para implementar el Modelo de Atención de Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT). También está fortaleciendo la atención en los hospitales de segundo nivel, instalando los Servicios de Intervención Temprana (SITs) y fortaleciendo el hospital especializado de referencia Acosta Ñu. El programa se implementa en 10 regiones sanitarias, concentrando inversiones en Alto Paraná, Caazapá, Concepción y San Pedro, en donde el MSPBS ha sentado la base operativa para fortalecer la RISS, activando en forma piloto las microrredes para fortalecer la articulación y referencia de los servicios en estos departamentos⁵². Estos avances se construyeron con base en una experiencia piloto en Alto Paraná ejecutada por el MSPBS con financiamiento de cooperación técnica del Banco para integrar la RISS priorizando la línea de cuidado de CONE con atención a la calidad de servicios y financiamiento por resultados⁵³. Esta experiencia apoyó la instalación del SIG en diez departamentos, el cual permite la gestión de la RISS en las líneas de cuidado del CONE y DIT, y servirá como plataforma para adicionar otras líneas de cuidado e implementar un modelo nacional de financiamiento por resultados⁵⁴.
- 1.15 Para contar con información de calidad en forma oportuna para estas estrategias, el Banco también está apoyando la agenda de transformación digital, acompañando con cooperación técnica la elaboración de un Plan Nacional Estratégico de Transformación Digital de la Salud (PNETDS) con base en el estado futuro del sector⁵⁵. Este plan estimará el presupuesto para cerrar brechas, apoyará la estructura de gobernanza y presentará un plan operativo único para alinear a los diferentes cooperantes externos. Como parte de este proceso, se financiará un estudio de diagnóstico de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) en salud y la identificación de insumos críticos para el plan

⁵² Estos avances incluyen: (i) la implementación del Sistema de Información Georreferenciada (SIG) de la RISS/CONE/DIT, que permite gestionar la atención de la mujer durante el embarazo y de niños menores de cinco años en las RISS; (ii) la propuesta territorializada de las RISS/CONE/DIT; (iii) el plan de mediano plazo para implementar la RISS/CONE/DIT; y (iv) la propuesta para instalar Unidades de Gestión de las RISS.

⁵³ RISS con énfasis en los CONE en la zona norte del Departamento de Alto Paraná, ATN/OC-14374-PR.

⁵⁴ La línea de cuidado CONE busca garantizar el acceso a servicios integrados en el embarazo, parto, post parto y período neonatal, de manera longitudinal desde el domicilio de la embarazada hasta la maternidad u hospital.

⁵⁵ Apoyo a la Agenda Digital de Paraguay (ATN/OC-16802-PR).

estratégico, asegurando que la tecnología está alineada con las necesidades del sector y con las mejores prácticas regionales. El PNETDS orientará el financiamiento del componente de salud previsto en el Programa de Apoyo a la Agenda Digital (4650/OC-PR), que, entre otras actividades, contribuye al desarrollo e instalación de un sistema de información para la salud, (Health Information System, HIS, por su sigla en inglés) para agilizar la integración de las RIIS. Para esto, se buscarán alianzas con la OPS bajo el marco de *Information Systems for Health (IS4H)*, el cual puede apoyar al gobierno a orientar a varios cooperantes (Taiwán y Corea del Sur, Banco Mundial) y así optimizar recursos y alinear esfuerzos.

- 1.16 A pesar de las importantes reformas en proceso, el sistema actual no tiene condiciones de enfrentar la persistencia de la alta mortalidad materna y neonatal, así como la creciente prevalencia de las ECNT. Un estudio de oferta y demanda⁵⁶ de servicios de salud con base en el uso actual de salud pública proyectó la demanda futura y estimó que para 2025 habrá una brecha de 9,5 millones de consultas médicas anuales que quedarían sin atención si se mantuviese la estructura actual de servicios. Dado que los usuarios más frecuentes de los servicios son los recién nacidos y los adultos mayores, serán los principales afectados si no aumenta la producción del sistema. En términos de servicios de apoyo diagnóstico, tales como laboratorios e imagen, el estudio proyectó que hacia 2025 habrá una demanda de 7,8 millones de exámenes sin respuesta por año. En las condiciones actuales, estarían faltando 84 laboratorios para responder a la demanda fruto del aumento de producción de la atención del primer nivel.
- 1.17 Paraguay debe desarrollar su red de servicios con base en un modelo de planificación de actividades basado en la capacidad de producción de su sistema de salud, el cual a partir de protocolos de atención o estudios de carga de enfermedad permita estimar las necesidades de salud de la población usuaria, según el ciclo de vida y tipo de intervención. En términos de RRHH, Paraguay debe implementar estrategias de desarrollo integral del talento humano, entre las que destacan: (i) la generación de un sistema de carrera sanitaria orientado a mejorar la disponibilidad y distribución de personal sanitario; y (ii) la adecuación de perfiles, a través de la reorientación de los procesos de formación, y el rediseño de los procesos de ingreso, capacitación, evaluación, retribución e incentivos, según las necesidades derivadas de los nuevos esquemas de provisión de servicios, proyectados en el marco del proceso de reforma sectorial e instalación del modelo basado en RIIS.
- 1.18 **Estrategia de intervención.** El programa aquí propuesto busca mejorar la salud de la población promoviendo la integración de las RIIS basadas en APS, fortaleciendo la capacidad resolutoria de la atención primaria y hospitalaria, así como las redes de apoyo y la gobernanza de la red, priorizando las líneas de cuidado de salud materno-infantil y de ECNT (diabetes e hipertensión, cáncer cérvico uterino y de mama), y de VIH-SIDA y tuberculosis, por su contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad.
- 1.19 **Fortalecer la red de atención.** Para que la estrategia de promoción y prevención de la salud de la APS llegue a un mayor número de personas y aumente su calidad y resolutoria, el programa contribuirá a expandir y reconvertir las USF del primer

⁵⁶ Ver [EEO#5](#).

nivel de atención, incrementando su capacidad a través de infraestructura, equipamiento y capacitación así como de organización y gestión de este nivel de atención. Será priorizada la formación de los equipos de salud de las USF en CONE, en el tamizaje para detección del cáncer cérvico uterino y del cáncer de mama, así como la prevención y el control de pacientes diabéticos e hipertensos, y también los pacientes diagnosticados con VIH-SIDA y tuberculosis. Asimismo, la configuración de las redes territoriales requiere adecuar los hospitales de referencia donde se resuelven la mayoría de los partos y son atendidos los pacientes con condiciones agudas graves o crónicas descompensadas. Para esto, se mejorarán y equiparán las áreas de maternidad, urgencias, laboratorios y quirófanos de cuatro hospitales de referencia⁵⁷. Además, para que estas inversiones contribuyan a alcanzar mejores resultados sanitarios en las líneas de cuidado priorizadas, se apoyará la formación y capacitación del personal del segundo y tercer nivel. Para asegurar que la red funcione de manera complementaria, se implementará la estrategia de mejora continua de la calidad (EMCC⁵⁸) en todos los niveles. El programa se focalizará en los departamentos de Caazapá, San Pedro, Concepción y Alto Paraná a fin de dar continuidad a la estrategia de desarrollo de las RISS CONE y DIT iniciadas en el 2667/OC-PR⁵⁹. Estos departamentos presentan indicadores desfavorables de pobreza, de salud y debilidades estructurales de infraestructura, RRHH y equipamiento para cubrir servicios esenciales de salud. Caazapá y Concepción son los dos departamentos con las tasas de pobreza extrema y de mortalidad neonatal más elevadas del país. Todos los departamentos seleccionados muestran un índice de brecha de equipamiento, de infraestructura y de RRHH para cumplir con las exigencias CONE superior al 50%. Alto Paraná y Caazapá muestran además una brecha importante en la disponibilidad de USF.

- 1.20 **Implementar las RISS.** De manera complementaria a la mejora de los servicios, es necesario que los pacientes sean derivados entre los niveles de atención (APS/Hospitales) de manera programada o como emergencia, para que reciban oportunamente la atención requerida. Para ello, el programa fortalecerá la capacidad estratégica y de gestión del MSPBS para conseguir que los servicios operen efectivamente bajo el modelo de redes integradas. Se apoyará la definición de la cartera de servicios por nivel de atención y se elaborará e implementará un plan territorial que incluya guías de las líneas de cuidado que garanticen la continuidad de la atención en los departamentos priorizados. Asimismo, el Ministerio fortalecerá la gobernanza de la red a través de los Comités Locales de Salud y otras instancias subnacionales, conformando centrales de regulación en microrredes de los departamentos priorizados, con un modelo de monitoreo y supervisión que mida los resultados sanitarios, productividad y la calidad de la atención. En términos operacionales, los gestores de red centrarán su trabajo en la optimización de los procesos de atención, la estandarización de la práctica

⁵⁷ El MSPBS se encuentra expandiendo la red de servicios de nefrología para aumentar la atención de enfermos renales. En los últimos cinco años, aumentó 55% la capacidad de estos servicios.

⁵⁸ Implica la documentación y optimización de procesos, la definición de estándares e instrumentos para el registro y medición de su cumplimiento, el análisis de brechas y sus causas y la propuesta de planes de mejora. En caso de que alguna línea de cuidado priorizada no cuente con una norma o protocolo, se apoyará al MSPBS en su diseño y puesta en operación.

⁵⁹ El BM se encuentra diseñando una operación de apoyo a la expansión de las RISS con intervenciones complementarias a las de este programa, en otros departamentos del Paraguay. La misma busca fortalecer la consolidación y expansión del modelo de APS y la mejora de la gobernanza. Se buscará generar sinergias con esta operación a través del MSPBS para evitar duplicidades y potenciar los resultados.

clínica y la medición periódica de su cumplimiento en la red de servicios, junto con la propuesta de planes de mejora ante las desviaciones encontradas, los cuales son claves para mejorar el desempeño de las RIIS. Para la medición de la calidad se impulsará la política nacional de calidad, mediante la ejecución de una EMCC de los servicios en las líneas de cuidado priorizadas, además de intervenciones para mejorar la seguridad y satisfacción de sus usuarios.

- 1.21 **Transformación digital en salud y reforma de RRHH.** La gestión en red requiere de la implementación de un nuevo ecosistema de salud digital. Además de fortalecer la infraestructura tecnológica y la gobernanza, el MSPBS precisa contar con normas nacionales para la adopción de estándares de interoperabilidad en salud que le permitan compartir datos entre establecimientos y subsistemas, así como definir y expandir el uso del expediente clínico electrónico, asegurando la privacidad y confidencialidad de los datos personales⁶⁰. En términos de la política de RRHH, es necesaria una reforma que responda a las necesidades de las redes de servicios basadas en APS para hacer frente a la transición epidemiológica que enfrenta Paraguay. El MSPBS se encuentra en proceso de contratación de profesionales de la salud para completar los equipos de las USF y realizará sucesivas contrataciones a medida que sean inauguradas nuevas unidades. En el ámbito de la medicina familiar, el MSPBS ha iniciado un proyecto de formación estratégica de especialistas en medicina familiar, a través del cual busca contar con 1.200 nuevos especialistas en un plazo de ocho años. Paralelamente, la Sociedad de Medicina Familiar del Paraguay ha consensuado un programa unificado de residencia en medicina familiar, que busca homologar los procesos formativos en torno a un perfil de competencias altamente resolutivo que prioriza la atención ambulatoria y la prevención de las enfermedades de mayor prevalencia en el país⁶¹. En esta misma línea de desarrollo del talento humano, se debe contar con un plan de formación inicial y continua para garantizar el apego a las guías clínicas de las líneas de cuidado, así como mejorar los espacios para la formación permanente de los profesionales de la salud.
- 1.22 **Lecciones Aprendidas y Operaciones Relacionadas.** Las lecciones aprendidas y las mejores prácticas de la cartera de operaciones del Banco en salud han informado el diseño de la presente operación⁶², incluyendo: (i) la adopción de un enfoque sistémico de mejora continua de la calidad de servicios para reducir la mortalidad materno infantil (BID, 2016a)⁶³; y (ii) la planificación de servicios de salud con base en la demanda estimada, y el perfil demográfico y epidemiológico

⁶⁰ Para lograr eficiencia y calidad de servicios, la norma ISO 14639-2, Capacity-based eHealth architecture roadmap, recomienda un abordaje holístico entre cuatro componentes: gobernanza, infraestructura, infoestructura, y procesos de salud. Esto está alineado con las recomendaciones de OPS en su modelo IS4H, de Red Americana de Cooperación para la Salud Electrónica, además parte de los elementos críticos en el modelo de madurez del EHRs del BID. Ver anexo opcional #7 para más información.

⁶¹ Programa Unificado de Residencia en Medicina Familiar. Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, 2018.

⁶² Las lecciones están descritas en el Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición 2016 (GN-2735-7) y referidas en los documentos de préstamos del Programa Integrado de Salud II (3608/OC-ES), el Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (4726/OC-PE), el Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud (PFRIS) (4791/OC-GU), y el Proyecto de Mejora de la Gestión y Calidad de los Servicios de Salud Materno-Neonatal (4619/BL-HO), entre otros.

⁶³ La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) ha mejorado sustancialmente los indicadores de salud en ocho países mediante la inversión en la oferta, uso y calidad de servicios de salud materno-infantil, con mecanismos de financiamiento basados en resultados. Se mejoró el desempeño en atención materna e infantil mediante la optimización de los procesos de atención, monitoreo y evaluación de indicadores y asistencia técnica a los equipos de salud.

proyectado para optimizar la red de servicios y formular los planes de inversiones en infraestructura, RRHH y equipamiento⁶⁴. El programa construye sobre los avances alcanzados por el PDIT (2667/OC-PR) e integra lecciones aprendidas, tales como: (i) la importancia de mejorar el funcionamiento general de los establecimientos antes de introducir nuevas líneas de cuidado, integrada en el Componente 1 (¶1.27); (ii) la elevación de la conducción del programa al nivel del Ministro y la creación del Comité de RISS/CONE/DIT para fortalecer la gobernanza y la coordinación intrainstitucional⁶⁵, integrada en el esquema de ejecución (¶3.2); (iii) la priorización de establecimientos con titulación o permiso de uso de suelo para agilizar la ejecución, criterio utilizado para priorizar los establecimientos del presente programa (ver IGAS); y (iv) el apoyo al licenciamiento ambiental general de los hospitales para agilizar el licenciamiento específico para la infraestructura hospitalaria, actividad apoyada por el PDIT, e integrada en la mitigación de riesgos ambientales (¶2.3). Por otra parte, la experiencia piloto en Alto Paraná generó cambios positivos en los indicadores materno-infantiles pero dejó como lección que, para implementar el modelo a una escala mayor, se requiere implementar reformas estructurales del sistema de salud hacia la implementación de la RISS basada en APS, objetivo de este préstamo⁶⁶.

- 1.23 **Alineación estratégica.** El programa aquí propuesto es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) del Banco, y se alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, contribuyendo a los indicadores de reducción de la mortalidad materna e infantil y al producto de personas que reciben paquetes de salud. El programa también se alinea con las áreas transversales de: (i) Igualdad de Género y Diversidad; y (ii) Cambio Climático y Sostenibilidad ambiental, por la incorporación de medidas de eficiencia en las obras de infraestructura de las USF. El 7,98% de los recursos de la operación se invertirán en actividades de mitigación al cambio climático, según la [metodología conjunta de los BMD](#). Estos recursos contribuyen a la meta de financiamiento climático del Grupo BID. Adicionalmente, el programa contribuye al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante la reducción de la RMM y su aporte al número de beneficiarios que reciben servicios de salud. También es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición del BID (GN-2735-7) al contribuir a la mejora de la infraestructura y tecnología de salud, el fortalecimiento de la organización y los modelos de gestión clínica y sanitaria de las redes de servicios y mediante el fortalecimiento de la gobernanza. Por último, la operación se alinea con la Estrategia de País con Paraguay 2019-2023 (GN-2958), en especial con el área estratégica de capital

⁶⁴ El Banco ha acompañado la formulación de planes de desarrollo de las redes de salud con esta metodología en Guatemala, Perú, Argentina y Honduras.

⁶⁵ Creado por el MSPBS vía [Resolución S.G.No.704/2018](#).

⁶⁶ El piloto demostró que la introducción de nuevos procesos de gestión, incluyendo la planificación participativa en red a nivel territorial, la reorganización de los servicios, la implementación de un sistema de información georreferenciado, complementado por la adquisición de insumos y equipos básicos, y un fondo vinculado a incentivos de desempeño, pueden mejorar los resultados en salud materna e infantil en Paraguay. No obstante, se requiere superar barreras estructurales para sostener y expandir la experiencia a nivel nacional, incluyendo avances en la adopción del nuevo modelo centrado en la APS, la desconcentración de la gestión de recursos, e inversión importante en RRHH, infraestructura y equipamiento, para mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos, especialmente de las nuevas tipologías de la RISS. "Sistematización del proyecto piloto para la implementación del modelo de redes integradas de servicios de salud (RISS) con énfasis en cuidados obstétricos y neonatal en Alto Paraná" CIRD 2017.

humano y condiciones de vida y el resultado esperado de mejorar la salud de la población. La operación está incluida en la actualización del Programa de Operaciones de 2019 (GN-2948-2).

- 1.24 **Enfoque de género.** El programa contribuirá a la política de género mencionada anteriormente al fortalecer la salud materno infantil, específicamente la línea de CONE, por medio de la preparación y actualización de guías y protocolos para cada nivel de atención, además de la capacitación de profesionales del segundo y tercer nivel. También están siendo priorizadas las líneas de cuidado de cáncer cérvico uterino y de cáncer de mama, por lo que se espera impactos positivos en la prevención, detección temprana y tratamiento de este tipo de tumores. Para las demás ECNT (diabetes e hipertensión), e infecciosas (VIH-SIDA y tuberculosis), el programa apoyará la actualización de protocolos considerando el enfoque de derechos, género e interculturalidad, y las prácticas de cuidado diferentes en hombres y mujeres. Por otro lado, el programa financiará la nueva encuesta nacional de salud sexual y reproductiva -la última fue realizada en 2008- que permitirá contar con datos más precisos de la salud materna e infantil, embarazo adolescente y orientar la asignación más eficiente de recursos.
- 1.25 **Contribución a la reducción del cambio climático.** Por último, se espera contribuir a la reducción del cambio climático y a una mayor sostenibilidad ambiental. La reconversión de las USF, la construcción y equipamiento de nuevas unidades y la readecuación de la infraestructura hospitalaria preverán la adopción de tecnologías eficientes que incentiven la reducción en los consumos de energía y agua⁶⁷. Las nuevas unidades serán diseñadas teniendo en cuenta las condiciones climáticas del lugar donde serán construidas.

B Objetivos, componentes y costo

- 1.26 **Objetivo.** El objetivo general del programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable de Paraguay, a través del fortalecimiento de las RIIS basadas en APS. Los objetivos específicos son: (i) la expansión y fortalecimiento de la red asistencial; y (ii) la mejora de la calidad de la atención en líneas de cuidado priorizadas, entre ellas la de salud materno infantil, la de ECNT, en particular diabetes e hipertensión y cáncer, y la de VIH-SIDA y tuberculosis. Serán priorizados los departamentos de Alto Paraná, Caazapá, Concepción y San Pedro, los cuales presentan importantes déficits de cobertura de APS y rezagos significativos en los indicadores de salud.
- 1.27 **Componente 1. Fortalecimiento del modelo de atención de RIIS, basado en APS (BID US\$37.100.500).** El objetivo del componente es expandir y fortalecer integralmente los establecimientos de atención de la red asistencial para que entreguen servicios oportunos y de calidad. Serán financiados: (i) la rehabilitación de 67 USF, la construcción de 33 nuevas USF y la reconversión de 29 PS a USF; (ii) el equipamiento general, biomédico e informático para las USF intervenidas; (iii) la readecuación de la infraestructura principalmente del Hospital Regional de Caazapá y los Hospitales Distritales de Horqueta, San Estanislao y General

⁶⁷ Las medidas mínimas a ser implementadas serán: pintura reflectiva para techo y paredes exteriores, tejas reflectivas, aislamiento térmico de poliuretano, sanitarios de doble descarga, aireadores y reductores de flujo de agua en los grifos.

Aquino, incluyendo las áreas de urgencias, maternidad, laboratorio, quirófanos y planta de tratamiento de efluentes, entre otras; (iv) el equipamiento general, biomédico e informático de los cuatro hospitales; (v) construcción y equipamiento del Centro de Simulación Clínica del MSPBS; y (vi) la capacitación y formación de RRHH.

- 1.28 **Componente 2. Apoyo a la mejora de la gestión, al uso de tecnologías y al impulso de la innovación en salud (BID US\$5.739.500).** El objetivo de este componente es desarrollar y fortalecer la organización y gobernanza del MSPBS, para asegurar resultados sanitarios, calidad de servicio y eficiencia de la red. Se apoyarán las siguientes actividades: (i) plan de implementación de las redes y microrredes de salud; (ii) centrales de regulación y actividades para la conformación integral de redes y microrredes en los cuatro departamentos priorizados; (iii) diseño e implementación de protocolos para la gestión regional; (iv) estudios y asistencia técnica para la readecuación de la carrera sanitaria y el fortalecimiento de la política de RRHH; (v) asistencia técnica para la implementación de la estrategia de transformación digital de la salud, incluyendo la implementación del HIS y adecuación de normas para la salud digital; (vi) asistencia técnica para la implementación de la EMCC mediante el diseño e implementación de protocolos y sistemas de evaluación de la política con enfoque hacia resultados, y las intervenciones relacionadas con seguridad del paciente y satisfacción del usuario. Además, se desarrollarán competencias en los equipos de las microrredes y prestadores de servicios del primero y segundo nivel para gestionar e implementar la EMCC; (vii) la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva; y (viii) la estrategia de comunicación.
- 1.29 **Componente 3. Administración, Monitoreo y Evaluación (BID US\$2.160.000).** Este componente apoyará al MSPBS en la ejecución efectiva del programa por medio de la planificación, gestión y monitoreo permanente de resultados. Se financiará la contratación de un equipo técnico gestor, la evaluación y la auditoría del programa.

C. Indicadores claves de resultados

- 1.30 Los indicadores de impacto seleccionados reflejan las principales condiciones de morbilidad, especialmente la salud materna e infantil y las ECNT. Por lo tanto, se hará acompañamiento de la RMM, la tasa de mortalidad neonatal, así como la mortalidad prematura (30 a 70 años) por diabetes mellitus y por enfermedades cerebrovasculares, diferenciados por hombres y mujeres. El propósito de medir estos últimos indicadores es detectar si se produce una mejora en la capacidad de la atención básica de diagnóstico oportuno y tratamiento de las ECNT. En términos de resultados⁶⁸, se hará un monitoreo de los índices de controles prenatales iniciados antes de la semana veinte de gestación, del porcentaje de hospitalizaciones evitables así como la cobertura de exámenes de citología cervicovaginal para la detección del cáncer de cuello uterino.
- 1.31 **Viabilidad económica.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la evidencia sobre la efectividad del modelo de cuidado mediante RIIS.

⁶⁸ Los indicadores de impacto seleccionados tienen representatividad nacional mientras que los indicadores de resultado corresponden al valor agregado de los cuatro departamentos priorizados por el programa.

Con base en evidencia específica para Paraguay, en el [Análisis Económico](#) se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del programa que incluyen: (i) ahorros en gasto hospitalario por reducción de internaciones evitables; (ii) ganancias en productividad de la población derivadas de una mejor salud por la reducción de la morbilidad asociada al modelo de atención adoptado; y (iii) ganancias del proyecto en términos de salud de la población por la implementación de las líneas de cuidado. En el escenario base, con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte de seis años (2019-2024) y usando una tasa de descuento de 3%⁶⁹, el rango de la relación beneficio-costos es de 1.23. Asimismo, en el escenario más realista el VPN del programa a una tasa de descuento del 3% corresponde a US\$10.140.267 y el TIR para el mismo escenario es 43,6%.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de financiamiento

- 2.1 El financiamiento del Banco para esta operación se concretará por medio de un préstamo de obras múltiples con cargo a los recursos del Capital Ordinario del Banco. El período de desembolso será de seis años, plazo previsto en función de la escala de las obras y actividades a ser implementadas, así como de los procesos ambientales, sociales y presupuestarios necesarios en Paraguay. Fue seleccionada esta modalidad de préstamo ya que se trata de obras físicamente similares, pero independientes entre sí. En consecuencia, se construyó una muestra representativa que cubre los cuatro departamentos de intervención y las diferentes obras a ser implementadas (la conversión de unidades de salud existentes, la construcción de unidades nuevas y la provisión de equipamiento). Ver [muestra representativa](#) de 30% de las obras a ser intervenidas, donde se detallan los proyectos específicos de la muestra. El plazo para inicio material de las obras será de tres años a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo.
- 2.2 **Criterios de elegibilidad y priorización de proyectos.** Para los futuros proyectos a ser incluidos en el programa durante la fase de ejecución, se considerarán los siguientes criterios de elegibilidad: (i) pertinencia sanitaria; (ii) terreno apto para la construcción; (iii) viabilidad legal del terreno; y (iv) cumplimiento de las salvaguardias ambientales y sociales del Banco incluidas en la condición especial de ejecución no. iv del IGAS ([EER#3](#)), y excluyendo financiamiento de proyectos Categoría “A”. Si durante la ejecución del programa un proyecto tiene un impacto negativo en comunidades y/o territorios indígenas, hábitats naturales o prevé el reasentamiento/desplazamiento económico de personas, debe ser revisado junto con el especialista responsable de ESG para determinar su admisibilidad al programa.

⁶⁹ El uso de una tasa de 3% para proyectos de salud es la recomendada por la OMS. La misma tasa ha sido utilizada en otros proyectos de salud de aprobación reciente en el Banco, por ejemplo, 4612/BL-BO y 4668/OC-JA.

Cuadro II.1. Costos estimados del Programa (redondeado a millones de US\$)

Componentes	Total (BID)	%
1. Fortalecimiento del modelo de atención de RIIS, basado en APS	37.100.500	82,4
2. Apoyo a la mejora de la gestión, al uso de tecnologías y al impulso de la innovación en salud	5.739.500	12,8
Administración, Monitoreo y Evaluación	2.160.000	4,8
Total	45.000.000	100

* Los montos previstos en el cuadro de costos incluyen impuestos locales, de conformidad con las Políticas del Banco.

Cuadro II.2. Proyección de Desembolsos (millones de US\$)

Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Total
1.3	4.1	16.9	12.2	10.4	0.1	45

B. Riesgos ambientales y sociales

- 2.3 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID (OP-703), la operación ha sido clasificada como Categoría “B”, debido a que la construcción, mejora y operación de las infraestructuras de salud a ejecutarse tienen riesgos e impactos socioambientales negativos, identificados como localizados y temporales. Los principales identificados para la fase de construcción son la posible eliminación de la cobertura vegetal, desbroce, desbroce y despeje, el incremento de los niveles de ruido, la emisión de gases, material particulado y polvo, incremento en los niveles de accidentabilidad, impactos visuales, la afectación del paisaje, cambios en la estructura del suelo, posible aparición de restos arqueológicos, la obstrucción del tráfico en la vía pública y la contaminación de suelo y de cursos de agua. Durante la fase de operación, se anticipa la generación de desechos hospitalarios y aguas residuales y la posible contaminación de la napa freática o aguas superficiales por infiltración o escorrentía de lixiviados. Existe un riesgo potencial de bioseguridad por la presencia de residuos patológicos. Además, se esperan malos olores, la contaminación de cursos de agua y la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores. Durante la fase de obras, existe la posibilidad de conflictos con pobladores, especialmente en el caso de una afluencia desordenada de trabajadores de la construcción al área del proyecto. Tanto durante la fase de construcción como de operación existen riesgos sociales que se derivan de la posible omisión de obtener los derechos propietarios de los sitios nuevos de construcción. Para la mitigación de estos riesgos e impactos en los PGAS y el MGAS, se definen acciones y planes específicos para los proyectos de la muestra y para aquellos futuros a realizarse durante la ejecución del programa.
- 2.4 Durante la preparación de la operación fueron realizados cuatro eventos de consulta pública, uno para cada departamento de intervención. Los comentarios recibidos durante estos eventos se refirieron principalmente a la calidad de los servicios de salud y la cantidad y calidad de los recursos humanos disponibles en los centros de salud. Además, se recibieron sugerencias de ampliar los horarios de atención y de instalar un mecanismo continuo de consulta y participación ciudadana durante la implementación del proyecto. Se contó con una amplia participación de mujeres en cada uno de los eventos. Fueron documentadas las listas de asistencia a las consultas, las cuales se integraron como anexo en el análisis ambiental y social. Se verificó en los eventos que el proyecto cuenta con un fuerte apoyo de la población en los sitios de intervención.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.5 Los objetivos y productos del programa podrán sufrir demoras si: (i) no se fortalecen las áreas de contabilidad y control interno en políticas de gestión financiera del Banco; y (ii) no se generan las herramientas necesarias para la gestión financiera, tales como: adecuado sistema contable y personal con experiencia en los procesos de ejecución y administrativos. La mitigación de estos riesgos se daría a través de: (i) talleres de capacitación sobre las correspondientes políticas del Banco, y asistencia técnica permanente del Banco; y (ii) implementación de un sistema de información financiera, reglamento operativo y del plan de fortalecimiento de la UGP.

D. Otros riesgos y temas claves

- 2.6 Fue identificado un riesgo alto de desarrollo vinculado a la disponibilidad de RRHH para los establecimientos que serán construidos por el programa. Para mitigar este riesgo, en cada ejercicio presupuestario el Gobierno del Paraguay tomará las medidas necesarias para contar con los RRHH a ser destinados a las nuevas unidades⁷⁰. Otro riesgo alto identificado, en este caso del tipo de gestión pública y gobernabilidad, se refiere a la potencial demora en la aprobación de la Ley de Préstamo por parte del Congreso Nacional. Como medida de mitigación, se prevé realizar gestiones junto con el MSPBS para agilizar la aprobación. Por otro lado, se identificó un riesgo medio de desarrollo por posibles cambios en las unidades de salud a ser intervenidas por el programa. Para mitigar este riesgo, se hará un acompañamiento de las condiciones especiales de ejecución (ver IGAS) en la etapa previa a la elegibilidad del programa. Por último, fue identificado un riesgo medio de gestión pública y gobernabilidad por la disponibilidad insuficiente de profesionales en las direcciones técnicas del MSPBS que puedan apoyar la implementación del programa. Se prevé como medida de mitigación el fortalecimiento del equipo de profesionales en algunas direcciones clave.
- 2.7 **Sostenibilidad:** el análisis de sostenibilidad en términos de aumento del gasto en salud por costos operativos (personal, medicamentos y funcionamiento) de 33 nuevas USFs muestra que a mediados del tercer año será necesario incorporar recursos adicionales de US\$176.000 mensuales y a mediados del cuarto año otros US\$187.0000 mensuales. La sostenibilidad de las obras y equipamientos a ser financiados por este programa, nuevas y existentes, es un compromiso del Gobierno de Paraguay que se evidencia en la [Política Nacional de Salud 2015-2030](#), que prevé la expansión de la red de USFs. También existe la decisión, reflejada en la [Ley 6258/2019](#), de ampliar la contratación de personal para acompañar la expansión de la red de servicios de salud pública.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los arreglos de implementación

- 3.1 **Organismo Ejecutor (OE).** El prestatario será la República del Paraguay y el OE será el MSPBS, que implementará el programa por medio de la constitución de

⁷⁰ El ROP ampliará este punto.

una Unidad de Gestión de Proyectos (UGP), la cual será dependiente del Gabinete del Ministro. La UGP se encargará de la gestión técnica, administrativa y operativa del programa, incluyendo, entre otras, las siguientes tareas: (i) efectuar las contrataciones y adquisiciones de obras, bienes y servicios; (ii) tramitar ante el Banco los desembolsos del Préstamo; (iii) realizar las gestiones relativas a la auditoría externa; (iv) presentar al Banco los planes operativos — incluyendo el plan financiero, el Plan de Adquisiciones (PA) y el Plan Operativo Anual (POA), entre otros— (v) presentar al Banco los informes (incluyendo auditoría, progreso, evaluaciones) y otros documentos del programa; (vi) acompañar la supervisión y fiscalización de obras y contratos de servicios; y (vii) actuar como enlace con el Banco.

- 3.2 La UGP estará compuesta, como mínimo, por un coordinador general, un coordinador para cada componente del programa, un coordinador de infraestructura, un coordinador de adquisiciones, uno de administración y finanzas y un especialista ambiental⁷¹. Para apoyar a la UGP se prevé la contratación de un equipo técnico que tendrá dedicación al programa a tiempo completo y que deberá cumplir con los perfiles técnicos que se describen en el ROP. Dicho equipo apoyará en la preparación de especificaciones técnicas para la contratación de servicios y obras, planificación y programación de las actividades del programa, revisión de diseños, supervisión técnica y ambiental de obras, adquisiciones y control financiero, aspectos socio ambientales, relaciones institucionales, monitoreo y evaluación, entre otros. Además, se espera que la UGP contará con el apoyo de las unidades de línea dentro de la estructura orgánica del MSPBS, conforme sea necesario, y coordinará estrechamente con el Comité RISS/CONE/DIT creado para fortalecer la gobernanza y la coordinación intrainstitucional necesaria para la conducción de la RISS. En el período entre la aprobación de este programa por parte del Directorio del Banco y la firma del contrato de préstamo, se anticipará en lo posible: (i) la constitución del equipo de la UGP; y (ii) la preparación de los proyectos ejecutivos que no forman parte de la muestra de las obras a ser realizadas.
- 3.3 **Serán condiciones especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) que el MSPBS haya aprobado el Reglamento Operativo del Programa (ROP); y (ii) que el MSPBS haya constituido la Unidad de Gestión del Programa (UGP), con la composición básica que se describe en el ¶3.2.** Ambas condiciones se consideran fundamentales, primero para que el ejecutor cuente con una descripción detallada de los procesos y criterios de elegibilidad específicos para las obras del programa, y los aspectos fiduciarios y de evaluación y monitoreo. Segundo, la constitución de la UGP se considera indispensable para asegurar que el MSPBS cuenta con un equipo adecuado para llevar a cabo la gestión del programa.
- 3.4 **Adquisiciones.** La adquisición de bienes, obras y servicios, así como la selección de consultores financiadas por el Banco seguirán las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiadas por el Banco (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco (GN-2350-9), respectivamente. El uso de los subsistemas de Subasta a la Baja Electrónica y Licitación por Concurso de Ofertas del Sistema de Contrataciones Pública de

⁷¹ Se prevé también el apoyo de un especialista en Monitoreo y Planificación.

Paraguay se aplicará a la operación en los términos especificados en los Acuerdos y Requisitos Fiduciarios (Anexo III). El Plan de Adquisiciones incluye en detalle las adquisiciones del programa.

- 3.5 **Auditoría.** Durante la ejecución, la UGP presentará anualmente los Estados Financieros Auditados (EFA) del programa, en los términos requeridos por el Banco. El programa requerirá la selección de una Firma Auditora Independiente (FAI) elegible para el Banco. Los EFA auditados serán presentados a los 120 días posteriores a la finalización del año fiscal y el cierre dentro de los 120 días posteriores a la fecha determinada para el último desembolso.

B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados

- 3.6 La UGP presentará semestralmente informes sobre: (i) desempeño en el cumplimiento de los objetivos y resultados acordados en cada POA y en el Reporte de Monitoreo del Programa (PMR), incluyendo el análisis y seguimiento de los riesgos y medidas de mitigación; (ii) estado de ejecución y situación del plan de adquisiciones; (iii) cumplimiento de las cláusulas contractuales; y (iv) estado de ejecución financiera. Además, el informe del segundo semestre de cada año calendario incluirá: (i) POA para el año siguiente; (ii) plan de adquisiciones actualizado; y (iii) cuando corresponda, las acciones previstas para implementar las recomendaciones de la auditoría. Asimismo, la UGP contará con una asesoría responsable de implementar el Plan de Monitoreo y Evaluación. Con base en la información generada se dará seguimiento a los indicadores de la matriz de resultados.
- 3.7 Para la evaluación del programa se utilizará un diseño de diferencia simple, comparando los indicadores de resultado final de la matriz de resultados antes y después de la intervención, tanto en los departamentos seleccionados como en el resto del país. Uno de los objetivos de esta estrategia de evaluación es fortalecer los sistemas de información, por lo que se dará seguimiento a los indicadores semestralmente, los que permitirá contar con información oportuna para acompañar la operación. Asimismo, se recogerá información sobre la implementación de las líneas de cuidado a nivel de USF para medir los resultados de la capacitación y despliegue de los protocolos de atención en términos de activación de pacientes, continuidad de la atención y prestación de servicios según las guías clínicas. Esto se realizará a partir de la revisión de registros administrativos (bases de datos) y permitirá documentar cambios en los indicadores de calidad como resultado de la implementación de las líneas de cuidado.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		PR-L1167
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Si	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad maternal (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)* -Niños que reciben servicios de desarrollo de la primera infancia dirigidos a los pobres (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país	Si	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2958	Mejorar la salud de la población
Matriz de resultados del programa de país	GN-2948-2	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2019.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	3.0	
4. Análisis económico ex ante	9.0	
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE	3.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	3.0	
4.3 Supuestos Razonables	1.0	
4.4 Análisis de Sensibilidad	2.0	
4.5 Consistencia con la matriz de resultados	0.0	
5. Evaluación y seguimiento	7.0	
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5	
5.2 Plan de Evaluación	4.5	
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Medio	
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Si	
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Si	
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B	
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios.
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto		

Nota: (*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

El Programa de Fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) Basadas en la Atención Primaria de la Salud (APS) tiene el objetivo de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable de Paraguay mediante el fortalecimiento de las redes de servicios de salud, basadas en la atención primaria. Los objetivos específicos del programa son (i) la expansión y fortalecimiento de la red asistencial; (ii) la mejora de la calidad de la atención en líneas de cuidado prioritizadas, entre ellas la salud materno infantil, la de enfermedades crónicas no-transmisibles, en particular diabetes e hipertensión y cáncer, y la de VIH-SIDA y tuberculosis. Se priorizaron los departamentos de Alto Paraná, Caazapá, Concepción y San Pedro en base a déficits en cobertura de APS y rezagos en salud. La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico sólido, así como evidencia de la efectividad de las intervenciones a financiar. La matriz de resultados tiene una lógica clara e incluye indicadores SMART a nivel de impactos, resultados y productos. Los indicadores de impacto incluyen mortalidad materna y neonatal, así como mortalidad prematura por diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica, todas desagregadas por género. Los indicadores de resultado reflejan la reducción en hospitalizaciones evitables y el incremento en la cobertura de salud primaria. El análisis económico del proyecto incluye un análisis de costo-beneficio valorando la efectividad de las atenciones en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs). Los análisis de costo-beneficio demuestran la rentabilidad del proyecto bajo diversos escenarios. Las actividades de monitoreo serán responsabilidad de la Unidad de Gestión de Proyectos, la cual presentará informes de avance semestral. El plan de monitoreo y evaluación propone realizar: i) una medición pre-post de los indicadores de resultado y ii) una evaluación cuasi-experimental de la introducción de líneas de cuidado (por ejemplo en diabetes). El riesgo general del programa es mediano y se asocia principalmente a la construcción, mejoramiento y operación de infraestructuras de salud, así como un riesgo alto de disponibilidad de recursos humanos para los establecimientos construidos por el programa. Se identificaron medidas de mitigación para los principales riesgos.

Matriz de Resultados

Objetivo del programa:	Contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable de Paraguay, a través del fortalecimiento de las RIIS basadas en Atención Primaria de Salud (APS).
-------------------------------	--

IMPACTOS ESPERADOS

Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final 2025 ¹	Medios de Verificación	Comentarios
IMPACTO #1						
Indicadores de Impactos finales						
Razón de mortalidad materna (RMM)	/100.000 Nacidos vivos	67,3	2017	52	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores Básicos de Salud (IBS)/Indicadores de Mortalidad (INDIMOR)	Cálculo: RMM = N° de muertes maternas en determinado local y período / N° de nacidos vivos en determinado local y período *100.000
Tasa de mortalidad neonatal	/1.000 nacidos vivos	9	2017	7,6	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores Básicos de Salud (IBS)/Indicadores de Mortalidad (INDIMOR)	Cálculo: TMN = N° de óbitos de niños de menos de 28 días de edad en determinada región / N° de nacidos vivos registrados en el mismo local y período)*1.000
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (DM) - Mujeres	/100.000 hab	44	2017	42	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores Básicos de Salud (IBS)/Indicadores de Mortalidad (INDIMOR)	Cálculo: TM por DM= N° de óbitos por DM (E10-E14) en la población femenina de 30 a 70 años de edad en determinado local y período /población femenina de 30 a 70 años en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (DM) - Hombres	/100.000 hab	32,9	2017	30,9	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores Básicos de Salud (IBS)/Indicadores de Mortalidad (INDIMOR)	Cálculo: TM por DM= N° de óbitos por DM (E10-E14) en la población masculina de 30 a 70 años de edad en determinado local y período /población masculina de 30 a 70 años en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares – Mujeres	/100.000 hab	24,1	2017	22	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).	Cálculo: TM por DIC= N° de óbitos por ECV (I60-I69) en la población femenina en determinado local y período /población femenina en el mismo local y período) *100.000 Seguimiento de Género, pro-género

¹ Las metas previstas fueron establecidas en base a la tendencia histórica reciente y a proyecciones demográficas, y se refieren al valor anual.

Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final 2025 ¹	Medios de Verificación	Comentarios
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares - Hombres	/100.000 hab	33,9	2017	31,9	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).	Cálculo: TM por DIC= N° de óbitos por ECV (I60-I69) en la población masculina en determinado local y período /población masculina en el mismo local y período) *100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica - Mujeres	/100.000 hab	29	2017	27	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).	Cálculo: TM por DIC= N° de óbitos por enfermedades cardíacas isquémicas (I20 –I25) en la población femenina en determinado local y período /población femenina en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica - Hombres	/100.000 hab	56,9	2017	54,9	MSPyBS/Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).	Cálculo: TM por DIC= N° de óbitos por enfermedades cardíacas isquémicas (I20 –I25) en la población masculina en determinado local y período /población masculina en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género

RESULTADOS ESPERADOS²

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base Promedio de cuatro regiones sanitarias	Año Línea de Base	Meta Final ³	Medios de Verificación	Comentarios ²
Indicadores de resultados finales						
Tasa de hospitalización por Diabetes Mellitus y sus complicaciones	/10.000 habitantes	19,6	2017	18	Sistema de Egreso Hospitalarios	Cálculo: N° internaciones por DM en los establecimientos de las 4 Regiones y período /población en el mismo local y período (año) *10.000
Porcentaje de Hospitalizaciones evitables en mujeres	%	11,2	2017	10,8	Sistema de Egreso Hospitalarios	Cálculo: N° internaciones por hospitalizaciones prevenibles mujeres / Número total de hospitalizaciones mujeres *1000
Porcentaje de Hospitalizaciones evitables en hombres	%	16,1	2017	15,7	Sistema de Egreso Hospitalarios	Cálculo: N° internaciones por hospitalizaciones prevenibles hombres / Número total de hospitalizaciones hombres*1000
Controles prenatales iniciados antes de la semana veinte de embarazo	%	5	2017	40	Sistema de Información SAA/ SIG	Cálculo: Número de Controles Prenatales casos nuevos antes de las 20 semanas / Total de Controles Prenatales Casos Nuevos *100.

² Resultados Esperados- Nivel de RS a ser intervenidas (promedio entre Concepción, San Pedro, Caazapá, Alto Paraná).

³ Las metas previstas fueron establecidas en base a datos administrativos recientes y a la planificación del MSPBS, y se refieren al valor anual.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base Promedio de cuatro regiones sanitarias	Año Línea de Base	Meta Final ³	Medios de Verificación	Comentarios ²
Indicadores resultados intermedios						
Beneficiarios que reciben servicios de salud	Personas	647,403	2019	864,403	MSPBS Dirección de APS Informe Mensual de APS/censo de las USF	Actualmente las Regiones Intervenidas cubren un total de 647.403 personas censadas 39% con relación a las 1.667.819 personas según la DGEEC. con la Instalación de 62 nuevas USF se cubrirá a 217.000 aumentando un 13% la cobertura, alcanzando así un 52% de cobertura de personas. Este es un indicador corporativo, previsto en la GN-2727-6.
Mujeres de 25 a 64 años que realizan control de citología cervicovaginal.	%	23	2016	35	Sistema Experto control de cáncer de cuello uterino e informes mensuales.	Calculo: Numero de citologías realizadas en los últimos doce meses/ Número total de mujeres de la población meta de (166.726)

PRODUCTOS

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Componente #1. Fortalecimiento del modelo de atención de RIIS, basado en APS												
1. USF intervenidas	USF	0	2019	0	0	65	64	0	0	129	Plan de ejecución de obras - Recepción definitiva de obras	Incluye USF rehabilitadas, reconvertidas o construidas.
P2. Hospitales readecuados	Hospitales	0	2019	0	0	0	0	0	4	4	Plan de ejecución de obras - Recepción definitiva de obras	
P3. USF equipadas	USF	0	2019	0	0	65	64	0	0	129	Acta de recepción de bienes	
P4. Hospitales equipados	Hospitales	0	2019	0	0	0	0	0	4	4	Acta de recepción de bienes	
P5. Centro de Simulación Clínica del MSPBS construido y equipado	Centro	0	2019	0	0	0	1	0	0	1	Recepción definitiva de obras y Acta de recepción de bienes	

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
P6. Recursos Humanos capacitados y entrenados en vigilancia de la mortalidad materna, fetal y neonatal	Profesionales	0	2019	0	766	765	0	0	0	1.531	Certificados otorgados	
Componente #2. Apoyo a la mejora de la gestión, al uso de tecnologías y al impulso de la innovación en salud												
P7. Plan de implementación de las redes y micro redes elaborado	Plan Diseñado	0	2019	0	1	0	0	0	0	1	Informe Semestral de Progreso	
P8. Redes y Micro redes en las cuatro regiones implementadas	Redes y Microrredes	0	2019	0	0	0	1	2	1	4	Informe Semestral de Progreso	
P9. Nuevos instrumentos de gestión regional implementados	Instrumentos de gestión	0	2019	0	0	1	0	0	0	1	Resolución de aprobación	
P10. Estudios de carrera sanitaria implementados	Estudios	0	2019	0	2	1	0	0	0	3	Informe Final de la Consultoría	
P11. HIS implementado	Sistema implementado	0	2019	0	0	0	0	129	6	135	Unidades de Salud con sistemas operando	129 USF seis hospitales
P12. Normas y protocolos nacionales para la salud digital, aprobados	Normas aprobadas	2	2019	0	1	1	0	0	0	4	Resolución de aprobación	Normas y protocolos sobre Estándares de interoperabilidad, contenido HCE, y privacidad y confidencialidad de datos personales de salud
P13. Política Nacional de Calidad en Salud, implementada	Plan	0	2019	0	0	1	0	0	0	1	Aprobación del Plan	
P14. Campaña de comunicación ejecutada	Campaña	0	2019	0	1	0	0	0	0	1	Aprobación de la propuesta de campaña	
P14. Encuesta sobre salud sexual y reproductiva implementada	Encuesta	1	2008	0	0	1	0	0	0	2	Resultado de la encuesta publicado	Ultima Encuesta realizada en 2008

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

País: Paraguay
Nombre del proyecto: Programa de Fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud basadas en la APS.
Número del proyecto: PR-L1167
Organismo Ejecutor (OE): Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)
Preparado por: Fernando Glasman, Jorge Seigneur y Jorge Luis Gonzalez (Especialistas Fiduciarios)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 La evaluación institucional para la gestión fiduciaria del proyecto fue realizada con base en: (i) el contexto fiduciario del país; (ii) los resultados de la evaluación de riesgos fiduciarios y taller de Gestión de Riesgos de Proyecto (GRP); y (iii) el Informe de Resultados de la aplicación del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) al ejecutor (MSPyBS) de mayo de 2019. Como resultado de esta evaluación se han elaborado los Acuerdos Fiduciarios aplicables en la ejecución del proyecto.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL PAÍS

- 2.1 En términos generales, los sistemas nacionales de gestión financiera tienen un nivel de desarrollo medio. Sin embargo, éstos requieren ser complementados para efectos de la ejecución de los proyectos que financia el Banco. En lo referente a reportes financieros específicos, éstos se ejecutan mediante sistemas contables auxiliares. Las herramientas de control financiero como el SIAF, SICO y otros subsistemas, permiten a los ejecutores gestionar vía BCP las transferencias de los pagos a los proveedores en condiciones aceptables. Con respecto al control externo, actualmente el mismo se realiza a través de firmas auditoras independientes.
- 2.2 En cuanto al Sistema Nacional de Contrataciones Públicas, ha registrado grandes avances en materia de eficiencia y transparencia en los últimos años, a raíz de la creación de su ente rector, la Dirección Nacional de Contratación Pública (DNCP), que ha posibilitado la implementación de una plataforma transaccional de compras con procedimientos electrónicos como la Subasta a la Baja Electrónica (SBE), un sistema de proveedores y el Sistema de Información Estadística (SIE). En las operaciones financiadas por el Banco, se viene usando el Sistema de Información de Contrataciones Públicas (SICP), así como los subsistemas nacionales de SBE y de Licitación por Concurso de Ofertas (LCO) para aquellos montos y categorías establecidos en el Acuerdo de Uso de dichos subsistemas suscrito el 17 de junio de 2014.

III. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 3.1 El ejecutor será el MSPyBS, entidad que cuenta con la Unidad de Gestión de Proyectos (UGP), dependiente del gabinete del ministro, que realizará las acciones de coordinación general para la ejecución del Programa, la programación y el seguimiento, velando por el cumplimiento de las condiciones y

metas establecidas en el Contrato de Préstamo y constituyéndose en el contacto principal entre el BID y el Prestatario durante la ejecución.

- 3.2 Durante la preparación de la operación se realizó la evaluación de la capacidad institucional del MSPyBS en las dimensiones de: CPO, CE que incluye los sistemas de administración de personal, bienes y servicios y financiera; y CC. Según la evaluación, el MSPyBS cuenta con una UGP/PR-L1051 del programa que lleva adelante la ejecución. No obstante, se considera oportuno gestionar ante el Ministerio de Hacienda (MH) niveles de autonomía de Sub– UAF y Sub – UOC¹. El resultado consolidado de las capacidades del MSPyBS es de nivel de riesgo medio.

IV. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS FIDUCIARIOS Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 4.1 De las evaluaciones efectuadas al MSPyBS, determinamos que las oportunidades de mejoras deben estar concentradas en:
- Implementar un sistema de información financiera y contable que permita el registro de las transacciones y la emisión de información requeridos por el BID.
 - Diseño y desarrollo de los perfiles de los cargos de la UGP e implementación de un ROP.
 - Fortalecimiento de las áreas de contabilidad y control interno en políticas de gestión financiera del Banco;
- 4.2 **Gestión de adquisiciones.** Según el Informe de Evaluación SECI de mayo 2019, la UGP ha obtenido un resultado equivalente a un desarrollo satisfactorio con nivel de riesgo bajo.
- 4.3 **Gestión financiera.** Establecer funciones básicas en la UGP para mitigar riesgos de superposición de funciones. A su vez, adquirir un sistema de información financiera y contable, que permita: (i) generar información financiera confiable para la preparación de los estados financieros y otros informes; y (ii) suministrar el detalle necesario para identificar los bienes adquiridos y los servicios contratados.

V. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN LAS ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

- 5.1 Acuerdos y requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:
- i. Los estados financieros del programa serán de carácter anual al cierre del ejercicio económico de la gestión y su presentación a los 120 días posteriores a dicho cierre; asimismo la firma auditora deberá ser elegibles para el Banco para realizar los informes de auditoría.

¹ Conseguir estatus de autonomía para realizar los procesos de adquisiciones y financieros.

VI. ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 6.1 Las Políticas de Adquisiciones que aplican son la GN-2349-9 y la GN-2350-9. Asimismo, el Directorio del Banco aprobó (GN-2538-11) el uso de los subsistemas de SBE y LCO del Sistema de Contrataciones Públicas de Paraguay (Ley 2051/03). El uso de otros sistemas nacionales que se aprueben con posterioridad a la aprobación del proyecto será de aplicación automática y así se indicará en el PA.

A. Ejecución de las Adquisiciones

- 6.2 **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría² sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto. Inicialmente no se prevé procesos de selección que serán contratados de forma directa.

- 6.3 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos de servicios de consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida o acordada con el Banco. La revisión de los términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.

- (i) **La selección de los consultores individuales.** De acuerdo con las políticas de adquisiciones GN-2350-9.
- (ii) **Capacitación.** Se realizarán talleres de adquisiciones.
- (iii) **Uso de sistema nacional.** Conforme a la GN-2538-11 de octubre del 2013, el uso de los subsistemas de SBE y LCO del Sistema de Contrataciones Pública de Paraguay (SCSP) en las operaciones financiadas por el Banco será aplicable:
 - a. A todos los contratos de bienes y servicios diferentes a los de consultoría afectos al uso de SBE según lo dispone el SCSP, cuyo monto sea menor al límite establecido por el Banco para la aplicación del método de comparación de precios para bienes comunes (referencialmente US\$250.000).
 - b. A todos los contratos de obras cuyo monto sea menor al límite establecido por el Banco para la aplicación del método de comparación de precios para obras no comunes (referencialmente US\$250.000), y contratos de bienes y servicios diferentes de consultoría hasta el monto establecido por el Banco para la aplicación del método de comparación de precios para bienes y servicios no comunes (referencialmente US\$50.000).

² Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco (GN-2349-9) ¶1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

c. Los contratos por montos iguales o superiores a los antes mencionados, se regirán por las Políticas del Banco (GN-2349-9).

6.4 Se mantendrá la aplicabilidad de la Sección 1 de las Políticas del Banco (GN-2349-9) en todos los contratos que se ejecuten independientemente de su monto o modalidad de contratación. Cualquier sistema o subsistema que sea aprobado con posterioridad será aplicable a la operación. El plan de adquisiciones de la operación y sus actualizaciones indicará qué contrataciones se ejecutarán a través de los sistemas nacionales aprobados³.

6.5 **Preferencia nacional.** No se prevé para esta operación.

Cuadro VI.1. Montos Límites para Licitación Internacional y Lista Corta con Conformación Internacional (US\$)

Método	LPI obras	LPI bienes y servicios diferentes a la consultoría	Lista corta internacional en servicios de consultoría
Monto límite	3.000.000	250.000	200.000

Cuadro VI.2. Montos por tipo de contratación

TOTAL OBRAS	23,566,905
TOTAL BIENES	10,333,707
TOTAL DE SERVICIOS DE NO CONSULTORIA	265,940
TOTAL CONSULTORIAS FIRMAS	5,256,048
TOTAL CONSULTORIAS INDIVIDUALES	3,775,300
TOTAL CAPACITACIONES	602,100
TOTAL DEL PLAN DE ADQUISICIONES	43,800,000

6.6 **Supervisión de adquisiciones.** Los procesos de adquisiciones y/o contrataciones regidos bajo las Políticas de Adquisiciones GN-2349-9 y la GN-2350-9, serán revisados por el Banco en forma ex ante, teniendo en cuenta la posición del MH al respecto. La supervisión de los procesos de adquisiciones y/o contrataciones regidos bajo los subsistemas de SBE y LCO del SCSP (GN-2538-11), se llevará a cabo por medio del sistema del país⁴.

6.7 **Disposiciones especiales.** No se prevé disposiciones especiales, adicionales a las indicadas en el ¶5.1.

6.8 **Registros y archivos.** Para la preparación y archivo de los reportes del proyecto se deberán utilizar los sistemas, formatos o procedimientos que el Banco disponga, o los que se acuerden con el BID.

VII. ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS PARA LA EJECUCIÓN FINANCIERA

A. Gestión Financiera

7.1 Programación y presupuesto

(i) La UGP dependiente del MSPyBS y en coordinación con la DGAF centralizará la coordinación de la ejecución, la cual contará con el apoyo de las demás direcciones y unidades del MSPyBS, conforme sea necesario.

³ En caso que el Banco valide otro sistema o subsistema, éste será aplicable a la operación, de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Préstamo.

⁴ Según el alcance de uso del sistema la supervisión puede ser complementada con las auditorías de proyectos, en cuyo caso se deberá hacer mención de ello en el presente anexo.

- (ii) La programación, administración y ejecución del presupuesto es llevada por el MSPyBS, bajo el sistema de presupuesto base cero.
- 7.2 **Contabilidad y sistemas de información.** El principio contable utilizado por el país es de caja modificado; sin embargo, para el proceso de rendición de cuentas de los proyectos financiados por el BID se trabaja con base de caja.
- 7.3 **Sistemas de información.** La UGP contará con acceso al SIAF por medio de la DGAF; los sistemas nacionales no emiten los reportes necesarios para el Banco, los cuales son elaborados por medio de sistemas diferentes, lo que implica un trabajo adicional para la UGP.
- 7.4 **Desembolsos y flujo de caja.** Los desembolsos del programa serán realizados mediante anticipos, los cuales deberán ser corroborados a través de la presentación de un plan financiero detallado mensualmente por un período de hasta seis meses y otro de larga duración, permitiendo determinar la demanda real del programa que se desprende del PEP, POA y el PA. El segundo y siguientes desembolsos estarán sujetos a la justificación de por lo menos el 80% del anticipo otorgado.
- 7.5 **Tipo de cambio.** El tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas será el de monetización, a menos que el MH en su carácter de Prestatario decida lo contrario durante la negociación del préstamo.
- 7.6 **Control interno y auditoría interna.** El SECI establece que si bien el MSPBS se encuentra en pleno desarrollo del MECIP se pudieron identificar ciertos puntos del control interno que requieren acciones de mejorara y los cuales forman parte del plan de fortalecimiento institucional.
- 7.7 Es importante mencionar que la Auditoria Interna del MSPyBS no incluye dentro de su plan de auditoria los proyectos financiados por el Banco.
- 7.8 **Control externo e informes.** El ejecutor deberá presentar informes anuales de auditoría del programa, realizada por una firma de auditoría independiente aceptada por el Banco, de acuerdo con los términos de referencia previamente aprobados. Los estados financieros del proyecto incluyen: estado de flujos de efectivo, estado de inversiones acumuladas, las notas a dichos estados financieros. El informe de auditoría incluirá la evaluación del sistema de control interno.
- 7.9 **Plan de supervisión financiera.** Podrá ser ajustada según la ejecución del proyecto y los informes de auditoría. La misma será dada por tres vías:

Cuadro VII.1. Plan de Supervisión Financiera

Naturaleza/alcance	Frecuencia
Auditoría financiera y presentación de EEFF	Anual
Revisión de solicitudes de desembolsos e informes anexos	2/3 por año
Visita de inspección/análisis de controles internos y ambiente de control en el OE	Anual

- 7.10 **Mecanismo de ejecución.** La UGP del MSPyBS, en coordinación con la DGAF será responsable de: (i) la coordinación de todas las actividades relacionadas con el programa; (ii) la elaboración de los informes de avance financiero; (iii) la

presentación de las solicitudes de no objeción y desembolso del préstamo, y el mantenimiento de registros contables que serán la fuente principal para la elaboración de dichas solicitudes y cualquier reporte financiero; (iv) la implantación y mantenimiento de un sistema financiero propio del programa que garantice el correcto uso de los recursos, así como el mantenimiento del archivo documentario de las transacciones; y (v) la preparación y actualizaciones de los Informes requeridos, previo a la presentación de los mismos al BID. La UGP será responsable por el cumplimiento oportuno de las cláusulas y acuerdos del Contrato de Préstamo y de las actividades relacionadas con el programa.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/19

Paraguay. Préstamo ____/OC-PR a la República del Paraguay. Programa de Fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de la Salud

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República del Paraguay, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Fortalecimiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de la Salud. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$45.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ____ de _____ de 2019)

LEG/SGO/CSC/EZSHARE-746870777-11957
Pipeline No.: PR-L1167