ADENDA 01

En referencia a la **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL Nº 01/2014 - "CONSULTORÍA PARA LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHO" - ID Nº 267497,** se emite esta Adenda a fin de Agregar el Documento de Formulación y prorrogar la fecha de presentación y apertura de los sobres de oferta.-

Se adjunta a la presente Adenda el **Documento de Formulación** que forma parte del Pliego de Bases y Condiciones.-

Fecha y hora de recepción de sobres: 07 de marzo de 2014, hasta las 09:00 hs.

Fecha y hora de apertura de sobres: 07 de marzo de 2014 a las 09:15 hs.

Lic. Rocio Acosta
UOC/STP

Asunción, 24 de febrero de 2014

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

PARAGUAY TODOS Y TODAS

Documento de Formulación

1. DATOS DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Título de proyecto:	***MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD***
Fecha elaboración documento:	Julio 2011

País/área geográfica:	Paraguay/Sudamérica
Localidad:	Intervención de alcance nacional
Código CRS:	Salud Básica 122 – 12220 – 12230 – Salud Sexual y Reproductiva

Sector:	PROGRAMAS / POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA
Código CAD-CRS:	130 – 13010 – 13020 – 13030 – 13040 – 13081

Contraparte	
Máximo órgano responsable:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Entidad Responsable:	Viceministerio de Salud Pública y Programa Nacional de Sangre

Otras entidades participantes en el proyecto

	Iª Entidad	**IIª Entidad**	**IIIª Entidad**	**IVª Entidad**
Nombre:	**Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**	Secretaria Técnica de Planificación (STP)		
A título de:	**Ejecutora**	Gestora de la subvención		
Nacionalidad:	**Paraguaya**	Paraguaya		

Proyecto presentado por:	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Proyecto presentado a:	Subdirección General de Cooperación con Países de América del Sur

Instrumento de aprobación:	PARAGUAY: V Comisión Mixta Hispano Paraguaya de Cooperación

2. DURACIÓN

Fecha Prevista de inicio:	Enero 2012
Fecha Prevista de finalización:	Diciembre 2012
Periodo total ejecución:	12 meses y, en cualquier caso, una vez recibidos los fondos de la subvención hasta 31 diciembre 2012

3. FINANCIACIÓN TOTAL

Coste total:	1.024.637 euros
Aportación AECID:	750.000 euros
Otras aportaciones disponibles	
Públicas españolas:	
Locales:	
Otras entidades:	

4. DESCRIPCION RESUMIDA DEL PROYECTO

El MSP y Bs viene realizando cambios en el sistema de salud basándose en PLAN NACIONAL DE PROMOCIÓN EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD CON EQUIDAD EN EL PARAGUAY 2008-2013 donde hay un compromiso con los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, como derechos humanos profundamente vinculados a la salud, la educación y la no discriminación.

Una base fundamental del presente proyecto es el asumir las recomendaciones recibidas por el Estado paraguayo sobre el cumplimiento de los diferentes instrumentos de derechos humanos, fundamentalmente las que están relacionadas con derechos sexuales y derechos reproductivos. Específicamente las recomendaciones del Comité CEDAW en 2004 y en el actual proceso de 2011 donde el Estado en la **resolución de emergencias obstétricas,** incluye la atención a las complicaciones por aborto.

La propuesta presenta tres ejes fundamentales que son la **comunicación** sobre derechos sexuales y derechos reproductivos**, la mejora** en la atención sanitaria en salud sexual y reproductiva y la **mejora en la disponibilidad de sangre segura** y oportuna para la población del país y lograr equidad, universalidad mediante la gestión de una red de servicios de sangre que contribuirá a la reducción de la mortalidad materna.

El objetivo de la campaña de comunicación es a la vez crear conciencia sobre los derechos sexuales y lo derechos reproductivos como derechos humanos, no como un lujo del que se puede prescindir, además se pretende educar en un cambio de actitud al respecto en los servicios de atención sanitaria como medio de garantizar derechos a la población. Por otro lado el proyecto se dirige al fortalecimiento de la coordinación de Red de Servicios de Sangre del Programa Nacional de Sangre, la implementación del programa de formación continua en la ciudadanía de donantes voluntarios/as de fortaleciendo la cohesión social y la divulgación de estilos de vida saludable y la implementación de colectas externas según estrategias de información educación y comunicación en la población.

En valores porcentuales observamos, que en el país existe un porcentaje de partos realizados en instituciones de salud, que aumento en un 50%, en los últimos 10 años, en materia de cobertura de partos atendidos, se observa un crecimiento desde 1998 al 2008, de un 56,3% a 84,6%, siendo en el 2010 un 93,2%, (CEPEP), si bien el porcentaje de parto institucionales aumentó progresivamente, debemos reconocer que éstos partos institucionales son de mayor predominio en el área urbana, no obstante en la zona rural y en el norte del país una de cada cinco mujeres aún tienen partos fuera del nivel institucional.

En cuanto al porcentaje de nacidos vivos cuya madres han tenido al menos una consulta de control prenatal, ha aumentado considerablemente entre los años 1998 y 2008 de 88% a 97,3% Aún así, sólo una de cada dos mujeres acude al control prenatal durante el primer trimestre del embarazo, a nivel país no superamos el 29,7% en el 2010 (Indicadores Básicos de Salud Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social). Los datos de mortalidad materna en los años 90, nos arrojan que en el Paraguay la razón de mortalidad materna (RMM) era de 150,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mientras que en el año 2009 se registró una RMM de 125,3/100.000 nacidos vivos; lo cual denota oscilaciones importantes marcadas por los procesos de fortalecimiento de la salud materna infantil, sin embargo la mortalidad materna sigue siendo uno de los mayores problemas del país. "... la mortalidad materna no es sólo una cuestión de salud, sino una cuestión de derechos humanos. El hecho de que la mortalidad materna es evitable, sin la prevención se viola los derechos de la mujer a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación" (Paul Hunt, relator especial de Consejo de Derechos Humanos, citado en Moragas, Mirta (2010) *Muchos ataques fundamentalistas y poco debate de argumentos, mientras las muertes maternas siguen igual* en CODEHUPY (2010) Yvypóra derécho Paraguáipe-Derechos Humanos en Paraguay 2010. Asunción: Codehupy,pp 229-236).

En nuestro país la tasa de fecundidad adolescente es la más elevada de la Región, una de cada 4 mujeres embarazadas es adolescente, quienes comienzan su etapa reproductiva a edad temprana el 10,2% de las adolescentes entre (15 y 19 años), mientras que el 45,5% de las jóvenes de (20 a 24) años han tenido al menos un embarazo, registrándose una tasa de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, según UNFPA.

La resistencia a la implementación de políticas públicas de educación integral en la sexualidad por parte de algunos sectores tanto en la sociedad civil como en el propio Estado, pretenden eliminar la responsabilidad del Estado en la educación sexual en aras de una supuesta y única responsabilidad del ámbito familiar. Se trata de sectores que tergiversan intencionadamente los objetivos del cualquier política pública o proyecto de ley que tenga que ver con la sexualidad, desinformando hasta el punto que en años anteriores no se aprobó en el parlamento un "proyecto de ley de protección a víctimas de delitos contra la autonomía sexual", es decir víctimas de abusos, coacciones y violaciones, tampoco un proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva y hasta lograron paralizar durante un tiempo el Marco Rector para la Educación Integral en Sexualidad del Ministerio de Educación.
Por eso, el MSPyBS cumpliendo con sus obligaciones de protección de los derechos humanos de sus ciudadanas (y ciudadanos) debe asumir la necesidad de un cambio radical en el abordaje de la comunicación en derechos sexuales y derechos reproductivos para mejora de la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva y por lo tanto la garantía de los derechos de las mujeres en todos sus aspectos.

5. CONTEXTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

5.1. Contexto y antecedentes

Contexto regional en materia de Salud Sexual y Reproductiva[1]

La salud sexual y reproductiva en la región de LAC se encuentra fuertemente influenciada por las desigualdades sociales a las que está sujeta su población. Las marcadas diferencias socioeconómicas potencian las inequidades de género, raza/etnia y edad, no logrando ser compensadas por los sistemas de salud y otros programas sociales cuya finalidad es atenuar las desventajas sociales. El concepto de salud sexual y reproductiva acordado en CIPD-1994 obliga a examinar el conjunto de las condiciones de salud existentes en distintas poblaciones, así como a revisar el estado en que se encuentran los servicios que se ofrecen a los más pobres en aspectos tales como oferta, infraestructura y personal calificado, entre otros

Los vínculos conceptuales entre la salud reproductiva y la pobreza son históricos y se remontan al período en que la disminución de la tasa de fecundidad era esencialmente considerada como la única o la más eficaz estrategia de reducción de la pobreza. Desde la CIPD-1994 esa perspectiva fue reinterpretada desde el marco de los derechos humanos. Así, se comenzaron a valorar la igualdad, la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres en salud sexual y reproductiva, así como la prevención de ITS-VIH/SIDA y los derechos reproductivos, como temas que deberían transformarse en políticas y programas de los Estados constituyéndose en una preocupación para las comunidades y los individuos. Por lo tanto, a partir de la CIPD las opciones reproductivas son consideradas más allá de la perspectiva demográfica y médica incorporándose como una cuestión que involucra procesos socioculturales y por tanto valores, actitudes, comportamientos y creencias instaladas en las distintas sociedades; se percibe, además, como un derecho de mujeres y hombres a gozar de una vida sexual plena y sin circunstancias desfavorables

EL DERECHO A LA SALUD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS

La Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha subrayado la necesidad de hacer una revisión de las estrategias implementadas para abatir la pobreza mediante una óptica del derecho a la salud. Desde una aproximación basada en los derechos humanos, la salud debe operar sin distinción de sexo, raza, condición socioeconómica, edad, idioma o religión, y cada ser humano debe ser reconocido como una persona con titularidad de derechos. Compete a los Estados vigilar el cumplimiento del derecho a la salud basado en los derechos humanos y objetar aquellas prácticas discriminatorias hacia las mujeres, las y los adolescentes, los grupos étnicos y raciales discriminados, los grupos de la llamada diversidad sexual, las personas viviendo con VIH. En este sentido, el Estado tiene tres obligaciones:

- Respetar los derechos, es decir abstenerse de intervenir y hacer valer lo que cada individuo/grupo desea.
- Proteger los derechos promulgando leyes y códigos para prevenir su violación.
- Hacer cumplir los derechos mediante procedimientos institucionales que favorezcan la titularidad de los mismos.

Los derechos humanos deben promoverse en distintos ámbitos, particularmente en el de la salud sexual y reproductiva. Los derechos reproductivos que incluyen dos dimensiones, una individual y otra social. La primera apunta al derecho de mujeres y hombres a la libertad en la elección de la pareja, a la privacidad, la intimidad, la autonomía y el libre ejercicio de la misma con fines reproductivos o no. La segunda se refiere ***al derecho que posee toda persona de gozar de los beneficios de las políticas públicas de salud, es decir, a recibir información, educación sexual, servicios de calidad, acceso al progreso científico y tecnológico, a medicamentos e insumos, a programas que promuevan la erradicación de la violencia de género, y en general a todas aquellas acciones que propicien la salud sexual y reproductiva de las poblaciones.***

A partir de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial 1965, la Conferencia de los Derechos Humanos de Viena 1993, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo - Cairo 1994, la Conferencia de la Mujer – Beijing 1995, la Convención sobre los Derechos del Niño 1989 y otras Convenciones y Pactos se reconocieron los derechos de las mujeres, las y los jóvenes, las niñas y los niños, las comunidades étnicas y raciales minoritarias, y otros grupos vulnerables para gozar de una vida digna y libre de discriminación, violencia y coerción, incluyendo el ámbito de la sexualidad y la reproducción; los derechos reproductivos se afirmaron como derechos humanos para todas las personas.

La salud sexual y reproductiva, tanto como el conjunto de condiciones de salud que incluyen (que no se limitan a la prestación de servicios ni a la idea de carencia de enfermedad y que entrañan, sobre todo, la capacidad de disfrutar de una vida sexual plena y sin circunstancias desfavorables), pueden operar como plataforma para el empoderamiento del ejercicio de la ciudadanía. La implementación de políticas capaces de lograr mayor equidad de género, de raza/etnia y generacional, que a su vez promuevan el respeto de la titularidad de derechos

1 UNFPA, Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe, México, 2005

con miras a la defensa de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano universal, pueden actuar como dimensiones que colaboren en la reducción de la pobreza en LAC.

EL DERECHO A LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La categoría género permite explorar y comprender cómo se construyen los espacios simbólicos diferenciados para varones y mujeres. En el campo de la salud, el género influencia en la situación de salud de las mujeres de muchas maneras, por ejemplo:

- exposición y vulnerabilidad;
- naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud;
- maneras en que los síntomas son percibidos;
- acceso a los servicios de salud;
- posibilidades de seguir los tratamientos indicados;
- consecuencias sociales y de salud a largo plazo.

Además, son las mujeres quienes tradicionalmente se han ocupado del cuidado y atención de la salud en sus familias y comunidades, muchas veces dejando de lado sus propias necesidades. Es en ese sentido, por ejemplo, que la mortalidad materna puede acaecer o incrementarse por aspectos negativos asociados al género.

Otra importante pauta de la evidente influencia de las jerarquías de género sobre los niveles de salud de las poblaciones es el de la prevención del VIH/SIDA, dado que las prácticas sexuales de hombres y mujeres de todas las edades y razas/etnias está altamente determinada por el poder de género.

Por otro lado, los varones son excluidos –y a la vez se excluyen a sí mismos– del ámbito de la salud sexual y reproductiva, y una razón para ello son las ideas y creencias culturales que afirman una imagen corporal de fuerza y menos vulnerabilidad. Eso puede traer como consecuencia que a pesar de padecer dolencias y/o enfermedades los varones se muestren, en términos generales, menos propensos a acudir a los servicios de salud o a cuidar de su salud y de la de otros. Asimismo, persisten los prejuicios de género que impiden a muchos varones acudir a revisiones periódicas para prevenir enfermedades como el cáncer de próstata en la madurez o de testículo en la adolescencia. Es más, valores, comportamientos y actitudes masculinos se han constituido en un factor de vulnerabilidad importante, siendo considerada la masculinidad un importante factor de riesgo a la salud exponiendo a los hombres a problemas de salud evitables.

Incorporar la discusión de género en la salud sexual y reproductiva conlleva a hablar sobre autonomía y empoderamiento y, por lo tanto, de las decisiones y elecciones que toman mujeres y hombres en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Pero también conlleva a hablar de la correlación de género con otros determinantes sociales como la clase social/pobreza, por ejemplo. Puede apreciarse el efecto que tiene la pobreza sobre la mortalidad general en mujeres y hombres al observar los datos de un estudio realizado por la OMS en ciertos países de LAC. Para el grupo de personas no pobres la probabilidad de muerte es mayor en los varones que en las mujeres; en varios países puede observarse que el riesgo en los varones duplica al de las mujeres.

Si por el contrario, se toma en cuenta la población en condiciones de pobreza, la probabilidad de muerte por sexo se invierte y, en siete de los catorce países seleccionados la probabilidad de muerte femenina duplica el riesgo de los varones

La relación entre el sexo y la pobreza se ve reflejada también en la violencia hacia las mujeres y las niñas. ***Algunos de sus efectos se traducen en embarazos no deseados, aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA), que al combinarse con la falta de acceso a servicios de consejería y salud contribuyen a las altas tasas de mortalidad entre las mujeres pobres en esta etapa de su vida***. El impacto de la violencia sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva para LAC se puede ilustrar con diversos ejemplos citados en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, entre los que se destaca el caso de México donde hasta un 18% de las mujeres que denuncian una violación se han embarazado como consecuencia. El mismo informe señala que hasta un 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja fueron maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por la pareja misma, hallazgo basado en diversos estudios realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua. Este dato coincide con otros reportes para algunos países de LAC que sugieren que ***el maltrato físico dentro de la pareja es bastante común, llegando a registrarse hasta en un 30% de los casos.***

Antecedentes inmediatos[2]: - Paraguay

En comparación con el sector educativo, las reformas en salud tuvieron menor impulso durante la transición (1989-2008) y el aumento de recursos asignados a esta área no alcanzo el mismo nivel. El gasto público en salud partió de un piso más bajo, pasando del 3,9% del Presupuesto General de la Nación (PGN) en 1989 (el promedio en los 80' fue del 5,2% en probable coherencia con las políticas de ajuste estructural implementadas durante esta década en América Latina) al 7,7% en el 2005.

Merece la pena destacar que, en general, es la partida dirigida al mantenimiento de la propia burocracia institucional (gastos de personal) la principal destinataria de estos recursos públicos. Deduciendo las cifras correspondientes al Instituto de Previsión Social, este porcentaje es uno de los más bajos de la Región (Banco Mundial 2004). El presupuesto ejecutado del Ministerio de Salud y Bienestar Social en el año 2007 alcanzo el 9,1% del PGN. La continuidad de la instalación de una política coherente en el sector se vio, además, dificultada por la alta rotación de titulares de la cartera de Salud Publica durante los últimos gobiernos.

CUADRO 1: Comparación de indicadores de salud de países seleccionados[3].

Indicadores	Países				
	Argentina	Brasil	Chile	Uruguay	Paraguay
Tasa de Mortalidad Materna (x 100.000 nacidos vivos, 2010)	77	96	25	29	99
% de partos atendidos por personal sanitario especializado	98	97	110	100	82
Tasa de mortalidad infantil menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos (2010)	14	16	9	11	22
Camas de hospital x 1.000 habitantes	2.1	2.4	1.4	1.8	1,2

El Paraguay alcanzo solo el 30% del Objetivo del Milenio de reducir la tasa de mortalidad infantil hasta cinco años y mantiene graves rezagos en la provisión de camas hospitalarias y en la lucha contra la expansión de VIH/SIDA.

Las desigualdades e inequidades en el campo de la salud son marcadas: la mortalidad infantil de áreas rurales duplica la tasa nacional y triplica la de guaraní –hablantes, el país se encuentra lejos de lograr la meta propuesta para el 2015, la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes de la que se presentaba en 1990, deberíamos reducir hasta alcanzar una RMM registrada de 37,5 por 100.000 nacidos vivos, si bien estamos reduciendo la mortalidad infantil la brecha es grande y debemos reforzar las estrategias en mejorar la calidad de la atención y el derecho a la vida.

Según datos del Banco Mundial el gasto per cápita en salud creció más de 230% entre el 2003 y el 2010, pasando de 70 a 163 dólares (corrientes) per cápita al año. Pero este crecimiento no se dio en la misma proporción del crecimiento del PIB. En efecto, si bien hubo un incremento neto en la inversión durante ese periodo, el gasto total descendió de 7,2 a 5,9% en relación al PIB. La mayor parte del gasto sigue siendo privado. Entre el 2003 y el 2008 el gasto privado descendió de 65,7% a 59,1% del gasto total en salud y en el 2010 subió nuevamente a 63,6% del gasto total[4]

.En valores porcentuales tenemos que la inversión contenida en el gasto social como porcentaje del PIB del 2010 fue del 5,9%, en el año 2.009

[2] Con base en PNUD, Equidad para el Desarrollo, Informe Nacional sobre Desarrollo Humanos, Paraguay 2008, págs. 146 y siguientes

[3] CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2012

[4] Ref: 5Los datos corresponden al World Data Bank del Banco Mundial el cual permite construir tablas dinámicas on line de varios indicadores de financiamiento en salud y otros, disponible en http://databank.worldbank.org/Data/Views/VariableSelection/SelectVariables.aspx?source=311. Es oportuno señalar que las debilidades del sistema de información también afectan a los datos en el área de financiamiento sanitario. Cuando se revisan las cifras se encuentran diferencias dependiendo de las fuentes. Por ejemplo, según un informe del Ministerio de Hacienda a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados el gasto público per cápita pasó de 55,5 dólares a 167 dólares entre el 2003 y el 2011. Según esa misma fuente al cierre del 2011 el gasto público en salud de Paraguay fue de 4,9 billones de guaraníes, lo cual representa más de 1 mil millones de dólares

el porcentaje subió al 6.6% mientras que el año

En 1996 fue creado por Ley un Sistema Nacional de Salud que busca mejorar la eficiencia y aumentar la cobertura de estos servicios a nivel nacional, pero su implementación ha sido lenta y se ha restringido por la escasez de recursos y por los desacuerdos con los gremios de salud. La salud pública cubre apenas la quinta parte de la población más carenciada, sin seguros médicos ni recursos para adquirir medicamentos.

CUADRO2: Población con acceso a servicios calificados de salud (%)[5]

Años	Área de Residencia		Niveles de Ingreso	
	Urbana	Rural	20% más pobre	20% más rico
1997	57	33	21	65
2007	80	57	54	84

Aunque entre 1997 y 2007 aumentó el acceso a servicios calificados de salud – públicos y privados – de las poblaciones rurales y de las más pobres, las brechas por área de residencia se mantuvieron y la debidas al ingreso, si bien disminuyeron, se mantienen relativamente altas entre las consultas del 20% más pobre y del 20% más rico (DGEEC, 2007). Estas asimetrías se acumulan: **el acceso a servicios de salud de hombres urbanos, ricos y castellanohablantes cuadriplica el de mujeres rurales, pobres y guaraní hablantes.** Es decir, quienes portan la sumatoria de estas desigualdades negativas tienen la cuarta parte de oportunidades de ejercer su derecho a la salud que las del primer grupo[6]. Este dato podría calificarse de escalofriante a la luz del sesgo que respecto a la maternidad muestran los servicios tradicionales de corte bio-medico y epidemiológico. Es decir, incluso priorizando la entrada de mujeres al sistema, el acceso y la atención de las mismas se torna extremadamente difícil.

En coherencia con la reflexión anterior, observamos en materia de salud sexual y reproductiva hubo incrementos en el porcentaje estimado de partos institucionales los últimos años tanto a nivel urbano como rural, en el 2004 teníamos un 84,9 % de parto institucional urbano y rural de un 60,7% mientras que en el 2008 en el plano urbano se observa un 92,9% y en la zona rural un 74 % arrojando una estimación total del 84,6% de parto institucionales en el Paraguay. Es decir, en el caso que se produzca la entrada de mujeres al sistema se produce en su condición de madres, no como sujetas de derechos. Dado que Paraguay muestra uno de los datos más preocupantes en relación con las altísimas tasas de mortalidad materna, podríamos inferir que en áreas urbanas las mismas se producen no tanto por la falta de cobertura del sistema de salud al parto (foco principal de la "maternidad segura", junto al control prenatal) sino con la no-atención de los factores sociales involucrados en las decisiones en materia de sexualidad y reproducción de las mujeres. La inaccesibilidad del sistema de salud en áreas rurales y aisladas, sin duda, contribuye a las elevadas tasas de mortalidad materna en estas áreas.

Un factor determinante de las desigualdades frente al acceso a la salud "obedece a una infraestructura insuficiente y centralizada; casi nueve de cada diez establecimientos existentes son centros o puestos de salud poco especializados y a menudo desprovistos de equipos, medicamentos e insumos. Esta estructura debe atender al 80% de la población que carece de previsión social o seguros privados, es decir, a los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad"[7].

Las desigualdades en Paraguay se manifiestan con diversas formas y profundidades. El origen étnico determina otra de las más importantes formas de desigualdad en Paraguay. Esta situación se verifica en los diversos aspectos que afectan a la vida de los pueblos indígenas; salud, educación, empleo, calidad de la vivienda, entre otros. (...) La tasa bruta de mortalidad, que indica el número de defunciones por 1.000 habitantes para la población paraguaya no indígena es de 6,1 por 1.000 habitantes, en tanto que las defunciones en la población indígena representan un número mucho mayor: 16,9% por 1.000 habitantes[8].

Contexto Político actual (2008-2013)

[5] Se entiende por "servicios calificados" la atención facilitada por médicos/as, enfermeras/os, parteras profesionales o dentistas. Fuente: PNUD con base en DGEEC, EIH 1997/1998 y EPH 2007

[6] PNUD, ob. Cit. Pag. 147.

[7] PNUD, ob. Cit. Pág. 148

[8] PNUD, ob. Cit. Págs. 156 y 157

Las propuestas que plantea el proyecto ***"MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD"***, se insertan en un proceso de profundización de la democracia en Paraguay, del cual las actuales políticas del Ministerio de Salud y Bienestar Social dan buena cuenta. El estado – primer garante del respeto, promoción y potenciación de los derechos humanos de la población paraguaya – encuentra en el sector salud una de sus principales llaves de entrada para la ampliación de derechos de la ciudadanía.

El modelo adoptado a lo largo de nuestra historia no ha sido el más eficiente, esto se traduce en un fracaso en el sistema y se expresan como una deuda social acumulada en salud. Razón por la cual y para que el derecho a la salud sea efectivamente un derecho es que hoy nos sostenemos en cuatro principios fundamentales que son la universalidad, integralidad, equidad y participación ciudadana.

El primer principio es la universalidad, que se expresa como el derecho a la salud de todos los habitantes de nuestro país e implica la satisfacción de las necesidades de todas y todos, para todas y todos, en todas las respuestas que necesitan, pues la atención a la salud es una necesidad de todas las capas sociales. (...)

El segundo principio, que es la integralidad, parte de la concepción que la persona es una totalidad y que eso representa dar respuestas globales a sus necesidades, desde las más simples hasta las más complejas, desde la atención a sus problemas de salud más primarios hasta sus patologías más graves, en un espacio de relación con el medio ambiente, educación, vivienda, trabajo, etc. (...)

El tercer principio guía para la elaboración de nuestra propuesta de políticas públicas en salud **es la equidad** lo que significa igualar por lo más, por la justicia. Significa reconocer que las personas no necesitamos iguales respuestas a nuestras necesidades porque no tenemos las mismas necesidades. Nos diferenciamos por condiciones sociales, edad, género, etnia, y eso significa recibir respuestas diferenciadas, ofreciendo a cada quien según su necesidad, equiparando oportunidades, elevando la calidad del bienestar para arriba y disminuyendo de esta manera las diferencias inequitativas entre grupos sociales, es decir, **mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y desde un estado de bienestar.**

El cuarto elemento fundamental de la filosofía política de la salud como derecho, es la participación social de individuos y organizaciones con la posibilidad de diseñar respuestas según las necesidades de la comunidad; con participación y capacidad de decisión en la gestión y control para la transparencia de las respuestas del estado. Participación social ejercida a través de organizaciones sociales, comisiones vecinales, cooperativas, organizaciones juveniles, grupos de iglesias, asociaciones, gremios, sindicatos, ONG, entidades filantrópicas y entidades deportivas entre otras. Participación social ejercida también a través del Consejo Nacional de Salud, así como de Consejos Departamentales y Distritales que aseguren la participación activa con poder en la toma de decisiones"[9].

El nuevo enfoque de las políticas públicas en materia de salud persiguen, finalmente, garantizar condiciones para mantener y desarrollar la autonomía de las personas a lo largo de toda su vida. Autonomía entendida como la libertad de cada individuo de ejercer sus capacidades dentro del marco de las oportunidades que la sociedad y el Estado le brindan[10].

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Con el desarrollo del Plan Nacional de Salud Reproductiva 1997-2001 y del Plan de Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008, declarado de interés nacional por decreto del Poder Ejecutivo, se articularon proyectos, programas y acciones de instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, instituciones privadas sin fines de lucro, servicios públicos de educación y salud, de la seguridad social, de las Universidades, sociedades científicas, institutos de enseñanza del MEC, de las Fuerzas Armadas de la Nación, de la Policía Nacional, la cooperación internacional en salud multi y bilateral, así como de organizaciones de la sociedad civil. Estos planes se desarrollaron en el marco de una política y plan de acción nacional, coordinando esfuerzos y recursos a través de un Consejo Nacional y un Grupo Conductor de Salud Sexual y Reproductiva de constitución interdisciplinaria.

El Plan de SSR 2003-2008 fue evaluado en las 18 Regiones Sanitarias del país en un proceso multidisciplinario, interinstitucional y con amplia participación de gobernaciones, municipios, representantes de ministerios y secretarías de salud, de educación, mujer, niñez y adolescencia y de la sociedad civil y con participación de diversas instituciones.

[9] Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, Propuesta en Salud, Capítulo relativo a la Filosofía Política
[10] Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, Propuesta en Salud, Capitulo Estrategias de Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud

Las líneas de acción del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente (2009-2013) comprenden;

I. Maternidad Segura.
II. Planificación Familiar.
III. Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
IV. Educación de la Sexualidad. Trabajo con niños, niñas, jóvenes y adolescentes.
V. Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva.
VI. Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género (VBG).
VII. Abogacía, Comunicación Educativa y Participación.
VIII. Gestión en Salud Sexual y Reproductiva.
IX. Monitoreo y Evaluación.

En el ámbito de la **Maternidad Segura** se propone **INDIFERENCIA CERO** ante:

- Atención prenatal no oportuna y con menos de cuatro consultas.
- Falta de protección en el trabajo para embarazadas y madres lactantes.
- Falta de inmunizaciones durante el embarazo y en los recién nacidos de acuerdo a la Norma.
- Falta de información y consejería sobre maternidad segura y CONE.
- Mujeres sin PAP, de acuerdo a normas.
- Demoras en los servicios para la atención de las emergencias obstétricas, urgencias hipertensivas, cardíacas y metabólicas en la embarazada.
- Partos no asistidos por profesionales y en servicios calificados.
- Servicios desabastecidos de medicamentos de urgencia, insumos, anticonceptivos incluidos anticonceptivos de emergencia y condones.
- **Hospitales sin sangre segura.**
- Bajo peso al nacer.
- Mortalidad materna y neonatal por causas evitables.
- Subregistros de nacimientos y de defunciones y morbilidad materna y perinatal.
- Inscripciones tardías y deficiencias en identificación del recién nacido.
- Morbi mortalidad neonatal e infantil por causas relacionadas con la atención del embarazo y del parto.
- Falta de diagnóstico y tratamiento adecuado de las embarazadas con deficiencias de micronutrientes como el yodo, ácido fólico y hierro.
- Muertes maternas y neonatales sin análisis técnico de causas de mortalidad.
- Embarazadas sin análisis para sífilis (VDRL) y para VIH.
- Embarazadas VIH reactivas sin tratamiento con antirretrovirales (ARV).
- Disociación o divorcio entre estructuras de programas y de servicios de salud.
- Falta de atención odontológica, mala nutrición y anemia de la madre.
- Falta de promoción de la lactancia materna inmediata y exclusiva.

En la Constitución Nacional de 1992 la **planificación familiar** tiene rango constitucional (Art. 61). El Presupuesto General de Gastos de la Nación a partir del 2003 asigna fondos para el programa de SSR, kit de partos y compra de anticonceptivos, asegurando su provisión con la Ley 2.907 del 2006, modificada por la Ley 4313/2011.

De acuerdo a las encuestas de demografía y salud sexual y reproductiva realizadas por el CEPEP desde 1987 y hasta el 2008, la prevalencia de uso de anticonceptivos tiene una tendencia ascendente. La proporción de usuarias se incrementó, en promedio, en dos puntos porcentuales por año. La práctica anticonceptiva se duplicó en el último periodo de 20 años. El uso de anticonceptivos modernos pasó de 57,4 por ciento a 79,4 por ciento, entre las encuestas de 1998 y 2008.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se propone **INDIFERENCIA CERO** ante:

- Falta de acceso a servicios de planificación familiar.
- Embarazos inesperados o no planeados. Paternidad no responsable.
- Falta de información y consejería sobre maternidad segura y planificación familiar para evitar los abortos.
- Muertes por aborto.
- Ausencia de información y atención apropiada, en programas y servicios en SSR, especialmente orientados a hombres y a personas jóvenes.
- Desabastecimiento de anticonceptivos y otros insumos de PF en los servicios.

Respecto a la **Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva propone **INDIFERENCIA CERO** ante:

- Desprotección frente a las ITS y por VIH.

• Transmisión materno-neonatal del VIH y la sífilis
• Morbilidad y mortalidad por ITS incluyendo el VIH, por falta de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos.
• Falta de reactivos para pruebas de VDRL, VIH y otros insumos.
• Desconocimiento de las personas -principalmente jóvenes- de las vías de transmisión y formas de prevención de ITS y VIH.

El **cáncer ginecológico y de la mama** combinados representan el grupo más amplio de cánceres causantes de muerte en la mujer. El acceso al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y sus buenos resultados estimulan la realización de acciones de prevención y tratamiento precoz. El costo de esta acción es diez veces menor que el tratamiento de estudios más avanzados, además del costo en morbilidad y daño.

El Plan propone orientar este ámbito de la SSR, la declaración **INDIFERENCIA CERO** ante:

• Diagnóstico y tratamiento tardíos de displasias, cáncer de cuello uterino, de mamas, de próstata y de pene.
• Deficiente identificación y control de condiciones y factores de riesgo (ITS, VIH, anemia, diabetes, hipertensión) que puedan afectar la salud sexual.
• Ausencia de servicios preparados para la atención de personas en etapa sexual pos reproductiva (climaterio y andropausia).
• Malnutrición, desnutrición y obesidad femenina.
• Tabaquismo activo y pasivo.
• Alta incidencia de cánceres del tracto genital femenino y masculino y de mamas por ausencia de servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Un aspecto de las inequidades de género lo constituyen las **violencias basadas en género**, las violencias en el hogar y en la familia y otras formas específicas como el abuso, la explotación y la violencia sexual que afectan más a las mujeres, niñas, niños y adolescentes y que constituyen un problema relevante de la salud pública. El Estado, a través de mecanismos jurídicos y de acciones específicas de los sistemas educativos y de salud, debe garantizar a todas las personas y con especial énfasis a mujeres, niños, niñas y adolescentes, el respeto, la protección y el pleno ejercicio de sus derechos a una vida libre de violencia.

Este Plan apoya la actualización y aplicación de leyes, la capacitación de prestadores de servicios de salud en la identificación, diagnóstico, atención integral y de calidad a las víctimas de todas las formas de violencia. Es necesario que el Sistema de Salud refuerce sus mecanismos de articulación con otras instituciones de gobierno y no gubernamentales en todos los niveles, para la aplicación de instrumentos conceptuales, legales y técnicos de protección, apoyo y rehabilitación psico-sociales relacionados a la violencia, su prevención y la atención integral a las víctimas.

La expresión **"Indiferencia cero"** exterioriza el compromiso asumido con la población y el empeño en superar inequidades y las VBG existentes a fin de dar una mayor calidad de vida. En este ámbito se propone INDIFERENCIA CERO ante:

• Violencia contra la mujer y basada en género (VBG).
• Violencia intrafamiliar (VIF).
• Violencia sexual y de otro tipo, contra niños, niñas y adolescentes.
• Maltrato en los servicios de salud.
• Abuso y acoso sexual.
• Mujeres maltratadas, víctimas de violencias.
• Alcoholismo y consumo de otras drogas como factor coadyuvante de la VBG.
• Explotación de la mujer, la niña y adolescente

El MSP y Bs viene realizando cambios en el sistema de salud basándose en PLAN NACIONAL DE PROMOCIÓN EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD CON EQUIDAD EN EL PARAGUAY 2008-2013 donde hay un compromiso con los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, como derechos humanos profundamente vinculados a la salud, la educación y la no discriminación. Del mismo modo, se han desarrollado EL Programa De Violencia de Género, protocolo de atención de mujeres y niños en situación de violencia en apoyo a diversos acuerdos suscripto a nivel internacional y a modo de dar garantía en cuanto a los derechos y legislación vigente en nuestro país referente al área.

Una base fundamental del presente proyecto es el asumir las recomendaciones recibidas por el Estado paraguayo sobre el cumplimiento de los diferentes instrumentos de derechos humanos, fundamentalmente las que están relacionadas con derechos sexuales y derechos reproductivos. Específicamente las recomendaciones del Comité CEDAW en 2004 y en el actual proceso de 2011 donde el Estado en la **resolución de emergencias obstétricas**, incluye la atención a las complicaciones por aborto. El Ministerio ha aprobado una resolución ministerial N° 146/2012 sobre la atención humanizada a las pacientes en situación de aborto que irá acompañada de normas de atención integral a mujeres post aborto con perspectiva de derecho. El ministerio pretende crear en los profesionales un cambio de paradigma con respecto a la atención integral y sin discriminación a las pacientes en estado de aborto (CEDAW/C/PRY/Q/6/Add.1. Pag 37)

Además, ésta cartera puso en ejecución el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna grave que plantea un conjunto de estrategias y acciones que plasman la voluntad política del Ministerio comprometido con la gente y sus derechos.
A nivel internacional se tiene en cuenta el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y los compromisos adquiridos en las conferencias de El Cairo y Beijing, con sus seguimientos respectivos. Asimismo este proyecto está en acuerdo con la estrategia de género de la AECID y la estrategia de salud cuyas acciones tienden a mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un enfoque que promueva los derechos sexuales y derechos reproductivos en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

También según las recomendaciones emanadas del EPU Examen Periódico Universal en las que se constata la necesidad de tomar medidas eficaces para eliminar la alta tasa de mortalidad materna. El Estado paraguayo, al aceptar todas las recomendaciones se compromete a seguir en esta línea:

El Ministerio de la Mujer de la Presidencia de la República en coordinación con la Dirección General de Programas del MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), ha iniciado una serie de jornadas de información y sensibilización, sobre aspectos Médicos Legales, Derechos Sexuales y Reproductivos con Enfoque de Género. Del mismo modo, el MSPBS ha aprobado la resolución ministerial N° 146/ 8 de Marzo del 2012 sobre la Atención Humanizada a las pacientes en situación de aborto. (Respuestas del Estado Paraguayo a las recomendaciones del EPU 2011).

Los antecedentes se encuentran en el PLAN NACIONAL DE PROMOCIÓN EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD CON EQUIDAD EN EL PARAGUAY 2008-2013 y en Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva anterior 2003-2008 de cuya evaluación se tomaron elementos para la elaboración de Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva actual 2009-2013 que establece como objetivo estratégico la "salud sexual y reproductiva de la población de Paraguay mejorada a través de la ejecución de políticas y planes integrados, con enfoque de género y de derechos orientados por la política de salud y sus principios de universalidad, integralidad, equidad, calidad y participación social". Este proyecto se inserta en los diferentes ámbitos de PNSSyR con énfasis en maternidad segura, educación de la sexualidad y abogacía, educación y participación.

En este proyecto vincula la conciencia sobre derechos sexuales y reproductivos, la mejora de la atención en salud y la disponibilidad de sangre segura fundamentalmente destinada a reducir las muertes maternas.

El **Programa Nacional de Sangre** fue creado por resolución S.G. 524 del 28 de Agosto de 2000 y modificado por resolución S.G. Nº 1.132 del 27 de septiembre de 2004, mediante la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución de creación y se reasigna a la Dirección responsable de su implementación y ejecución, pasando a depender de la Dirección General de Desarrollo de los Servicios y Redes de Salud.

El Programa Nacional de Sangre tiene como misión abastecer de manera oportuna a la población que lo requiera de hemocomponentes seguros y de calidad. En ese contexto, define políticas en cuanto a la materia prima de recolección de estos hemocomponentes que son los donantes.

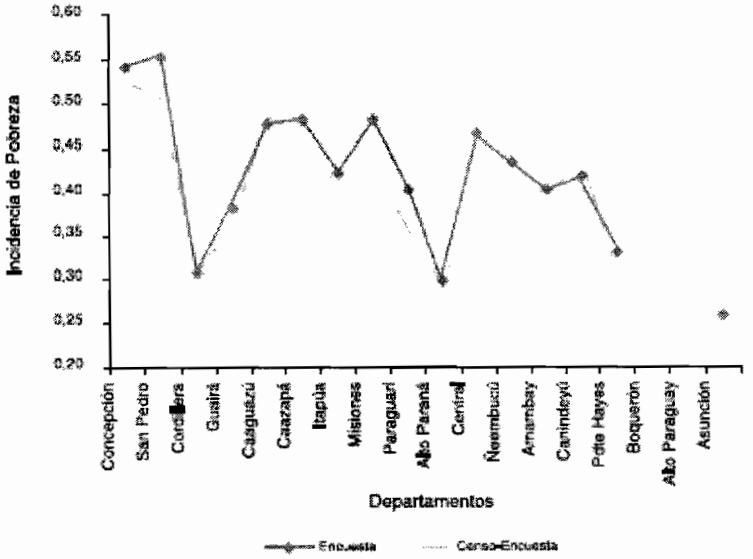
Paraguay cuenta con 61 Servicios de Hemoterapia, públicos y privados; el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con 49 centros; el Instituto .de Previsión Social con 1; la Sanidad Militar y Policial con 2; ONG 1, la Universidad Nacional cuenta con 2 centros (Hospital de Clínicas; Centro Materno Infantil); la Cruz Roja Paraguaya 1; y en el sector privado funcionan 5 centros, ninguno de los servicios son autosuficientes y tienen un alto costo de funcionamiento.

5.2 DESCRIPCION DE BENEFICIARIOS Y OTROS ACTORES IMPLICADOS

Principalmente las personas usuarias del servicio de salud pública es decir la mayoría de la población paraguaya.
Personal sanitario que atiende a la población.
Pacientes que acudan a los servicios de salud a nivel nacional que por sus condiciones de salud deban recibir trasfusión de sangre y/o hemocomponentes priorizando la reducción de la mortalidad materna.

Se ve a continuación grafico conteniendo distintos niveles de pobreza, por departamento, a fin de ubicar la acción en el principio horizontal de la cooperación española y relativo a la focalización de acciones entre grupos humanos en mayor situación de vulnerabilidad, si bien, para el sector salud, debe unirse a ésta prioridad las mayores prevalencias de morbimortalidad en mujeres (MEF – Mujeres en Edad Fértil), como grupo a ser priorizado por las acciones del proyecto.

Gráfico 1. PARAGUAY. Incidencia de Pobreza Total por departamento, según metodología empleada



Los/as principales actores/as del proyecto son los/as siguientes:

- **Hombres y mujeres, en todo el ciclo de la vida - principalmente habitantes de zonas urbano-marginales y del área rural dispersa.**

Niños y niñas: La mortalidad infantil es un problema en Paraguay, acompañado de un gran subregistro; se estiman alrededor de 170 mil nacimientos anuales, de los cuales se registran unos 80 a 90 mil. Por otro lado, se estiman unas 7 mil muertes antes de 1 año y se registran apenas de 1.600 a 1.800 de esas. Así, la tasa de mortalidad infantil registrada está alrededor de 20 por mil nacidos vivos, mientras la tasa estimada estaría entre 38 y 40 por mil nacidos.

Para 2002, los nacidos vivos estimados fueron 172.000, de los cuales sólo se registraron 90.085 niños/as. Las muertes infantiles registradas en 2001 fueron 1.652, y 1.767 en 2002. Entre las muertes registradas, 60% ocurrió en el periodo neonatal y, de éstas, 38,5% fue por lesiones debidas al parto; de las ocurridas en el periodo postneonatal, 16,2% fue debido a neumonía e influenza, y 15,8% a diarrea. Considerando el subregistro de muertes superior al 70%, es difícil hacer interpretaciones sobre momento o causa de la muerte infantil.

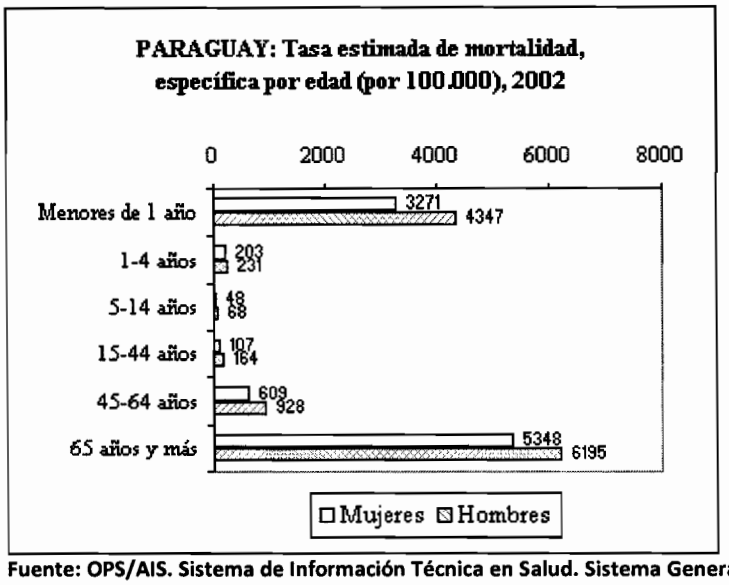
El porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición aguda (-2DS) es de 5% a nivel nacional (en el área rural hasta 6,3%); se estima que el porcentaje de niños con desnutrición leve o riesgo de desnutrición (por debajo de -1DS de la media) es del 20,5% (área rural, 23,6% y urbana, 17,1%). El porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica, según talla/edad -2DS es de 10,9% a nivel nacional (14% rural y 7,4% urbana).

La tasa de mortalidad en la población de 1 a 4 años fue de 69,4 por 100.000 en ese año. Las principales causas fueron las enfermedades transmisibles, especialmente neumonías y diarreas (30,7) y las causas externas (14,9 por cien mil). La tasa de mortalidad en el grupo de 5 a 9 años fue de 22,3 por cien mil. El 28,9% de esas muertes registradas fue por causas externas.

Adolescentes: En 2002, la tasa de mortalidad de este grupo fue de 39,8 por cien mil. Las causas externas son las más frecuentes en ambos sexos (58% del total, con tasa de 23,1 por 100.000).

Personas adultas: En 2002, se estimó en 1.773.663 el número de mujeres de 10 a 49 años. En este año se registraron 1.386 muertes en ese grupo, con tasa específica de 78,1 por cien mil mujeres de este grupo de edad, de las cuales, 164 fueron relacionadas a embarazo, parto y puerperio. La mortalidad materna registrada en Paraguay en 1999 fue de 114.4 por cien mil nacidos vivos, con una reducción de 23,8% en relación a 1990, correspondiendo un 20% a la mortalidad en adolescentes. En 2000, 2001 y 2002, con la implementación de la vigilancia de las muertes maternas, las tasas registradas fueron de 154, 160,7 y 182,1 por cien mil nacidos vivos respectivamente. Las tasas de mortalidad materna presentan variación importante entre regiones. Según el MSP y BS las causas de muertes maternas en Paraguay están relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud, registrándose una demora en la llegada al servicio de 46%, deficiencia resolutiva de los servicios 23% y 31% restante mueren en su domicilio sin asistencia.

Personas adultas mayores (60 años y más): La población de 60 años y más se estimó, en 2002, en 313.703 personas. En este grupo se observó 57% del total de muertes Las enfermedades del sistema circulatorio son las más frecuentes causas de muerte en este grupo.



Fuente: OPS/AIS. Sistema de Información Técnica en Salud. Sistema Generador de Tablas (diciembre 2005). http://www.paho.org/

- **Víctimas de todas las formas de violencia, intrafamiliar y de género: mujeres, niños y niñas, adolescentes y jóvenes.**

"En los registros donde los datos están desagregados por sexo y edad – Centro de atención a víctimas y testigos del Ministerio Publico y el Departamento de Estadística de la Policía Nacional – se evidencia que la violencia intrafamiliar afecta mayoritariamente a las mujeres – adultas, adolescentes y niñas – y a los niños. No es posible descontextualizar la violencia de género de las relaciones de poder predominantes en una sociedad patriarcal y autoritaria, en la cual persisten patrones culturales que refuerzan y expresan relaciones sociales desiguales entre mujeres y hombres.

Conocer las formas que adopta la violencia constituye un elemento sustancial para poder combatirla, sin embargo, son pocas las instituciones que discriminan, cruzan o contraponen esta información, pero de los datos expuestos queda visible que la violencia física no es la única forma de maltrato, la violencia psicológica alcanza un 39,34%, la violencia económica el 36,23% y la violencia sexual el 2,56% según datos de SEDAMUR"[11]

"Ser niño, niña o adolescente, implican una situación de vulnerabilidad también en el espacio familiar. Al respecto, el Centro de Atención a Víctimas del Ministerio Publico, indico que de los 699 casos atendidos por delitos como abuso sexual, coacción sexual, delitos contra la autonomía sexual, violencia familiar, entre otros, en 530 casos, las víctimas son personas menores de 15 años, lo que representa el 75,82%. En el 51% del total de denuncias el victimario mantenía relaciones familiares con la víctima.

Datos de la Policía Nacional, reflejan que entre las denuncias de violencia domestica por relaciones de parentesco en todo el país, los abusos sexuales contra niños, niñas y adolescentes alcanzan el 18,23%; en tanto el 91,1% de las víctimas del delito de coacción sexual tiene menos de 18 años

La complejidad de la violencia domestica e intrafamiliar y sus implicaciones sociales, económicas y culturales, no se resuelven única e inmediatamente con la aprobación de leyes, sino es imprescindible el compromiso decidido del Estado, el concurso de todas las instituciones públicas para hacer frente y, por supuesto, la dotación de recursos necesarios para articular las políticas aprobadas.

La Salud pública está entre los principales actores institucionales de atención a las víctimas de violencia domestica e intrafamiliar. Sin embargo, aún está pendiente que se articule en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social un plan integral de atención"[12]

[11] Coordinadora Derechos Humanos Paraguay "Derechos Humanos en Paraguay – 2007" (págs. 298-299)
[12] Coordinadora Derechos Humanos Paraguay, ob.cit. pág. 303

Otros actores implicados

Ministerio de Salud y Bienestar Social – Viceministerio de Salud Pública. Dirección de Programas, Dirección de Salud Sexual, Reproductiva y de la Mujer, Direcciones Regionales (a nivel descentralizado). Programa Nacional de Sangre, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea

5.3. PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS[13]

De acuerdo con un Informe del Banco Mundial, ***la carga de enfermedad de salud sexual y reproductiva es del 22% para las mujeres mientras que para los varones es del 3%,*** diferencias que podrían estar vinculadas con cuestiones relativas a sus prácticas de sexualidad y otros aspectos socioculturales. La salud materna es la carga dominante en la enfermedad por salud sexual y reproductiva de mujeres y en LAC representa 11,3% de la carga total de enfermedad. La carga de enfermedad de la salud sexual y reproductiva no se limita a los efectos sobre la mujer misma, sino que tiene a su vez efectos intergeneracionales: las causas perinatales son el 10% del total de DALYs[14] perdidos asociados a enfermedad reproductiva. El documento *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, donde se utilizan los DALYs para cuantificar la carga global atribuida a la salud-enfermedad reproductiva, menciona que ésta se encuentra entre el 5 al 15% en el ámbito mundial y que las principales entidades que contribuyen a esta carga son:

- Muerte y discapacidad por embarazo y parto
- ITS, incluyendo VIH/SIDA
- Cáncer del tracto genital.

El documento menciona que, en las mujeres en edad reproductiva, el 12% de las muertes y el 15% de los DALYs perdidos son resultado del sexo no seguro. ***La mayoría de las consecuencias del sexo no seguro recaen sobre las mujeres, quienes sufren de enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer cervicouterino, infertilidad y complicaciones de abortos inseguros. En hombres***, la carga de la enfermedad por sexo no seguro es también alta debido a las ***altas proporciones de casos de SIDA que se registran***.

Históricamente las estadísticas de mortalidad han sido la base de la cuantificación de la salud poblacional, y **la mortalidad materna** es la medida que más se ha utilizado para cuantificar la salud sexual y reproductiva. A pesar de que hablar de mortalidad es calificar un extremo de la "salud", la mortalidad materna puede considerarse un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a servicios de salud y calidad de la atención que reciben. La siguiente tabla ilustra cómo las muertes maternas a nivel mundial se encuentran concentradas, casi al cien por ciento, en las regiones en vías de desarrollo.

La tasa de mortalidad materna (la posibilidad de morir una vez que la mujer se embaraza) es un indicador que expresa las muertes maternas por la cantidad de nacidos vivos y cuantifica exclusivamente el riesgo por cada evento obstétrico aislado. Es decir, no permite distinguir la magnitud del efecto por la contingencia repetida (múltiples embarazos) a la que están expuestas las mujeres en países con alta fecundidad. De esta manera, si se cuantifica la probabilidad de morir al embarazarse junto con la probabilidad de morir como resultado del cúmulo de embarazos durante la vida reproductiva de una mujer, se evidencia la verdadera magnitud de las diferencias entre las cifras de mortalidad materna en países industrializados y países en desarrollo. Esta forma de evaluar la contingencia de muerte es una medida más justa y objetiva de los riesgos extremos a los que están sometidas las mujeres durante sus vidas reproductivas. Existen grandes disparidades entre las cifras de mortalidad materna en los diferentes países que componen la región de LAC donde, en promedio, una mujer cada 160 puede morir durante su vida reproductiva.

13 Basado en; UNFPA, Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe, México, 2005

[14] ***Años de vida ajustados por discapacidad por sus siglas en inglés*** (Disability Adjusted Life Years)

Cuadro : Mortalidad materna para diferentes regiones del mundo y algunos países de América Latina y el Caribe

	Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	Riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva (una en X mujeres)
Europa*	24	2400
Africa*	830	20
Asia*	330	94
LAC*	190	160
**Argentina	50	290
Bolivia	650	26
Brasil	220	130
Colombia	100	300
Chile	44	490
Ecuador	150	150
El Salvador	300	65
México	110	220
Nicaragua	160	100
Paraguay	160	120
Perú	280	85
Rep. Dominicana	110	230
Oceania*	240	83

Fuentes: ** Maternal mortality in 2000, OMS,** Langer 2001.*

De manera global, puede hablarse de un "estancamiento" en la disminución de las cifras de mortalidad materna para LAC. Según un documento que describe las tendencias de la reducción de la mortalidad materna a lo largo de la historia, la información sobre América Latina permite analizar el tema sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX. A partir de esas fechas, las reducciones más significativas se obtuvieron en países como Cuba y Costa Rica, que contaban con servicios de salud bien organizados y accesibles. Mora y Yunes atribuyen el estancamiento de las cifras a la persistencia de inequidades sociales en el acceso a servicios de salud de calidad, así como a la legislación que limita el acceso al aborto seguro.

DATOS DE PARAGUAY[15]

MORTALIDAD MATERNA

La tasa de mortalidad materna registrada es de 128,5 por 100.000 nacidos vivos (2005), y la estimada acorde al elevado subregistro seria de 336 por 100.000 nacidos vivos lo que nos ubica en el grupo de países con Alta Tasa de Mortalidad Materna (OMS) y la oscilación de 189 a 519,9 entre la población indígena, rural y pobre, siendo relevante la elevada incidencia del aborto como causa de muerte, junto con la hemorragias, sepsis, toxemias y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Según el lugar de residencia habitual de las madres, más de dos tercios de los decesos maternos se producen en áreas rurales y peri urbanas (69%). En lo referente al control prenatal, la mayor parte de las muertes maternas se da en las mujeres que no han hecho controles prenatales (65%) a estos han sido insuficientes. En el Cuadro 35, se puede observar la Mortalidad Materna registrada.

[15] Basado en; Perfil de los Sistemas de Salud. Paraguay. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma, USAID, OPS, Enero 2008

Cuadro 3

Razón de mortalidad materna por Regiones Sanitarias. Años 2000 a 2008

REGIONES SANITARIAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Concepción	201,1	294,3	329,2	272,0	252,4	116,7	94,5	154,0	153,8
San Pedro	277,3	186,9	359,7	373,5	341,0	212,4	215,9	104,5	103,0
Cordillera	**113,8**	**47,4**	**125,5**	**134,0**	**120,0**	**215,2**	**67,7**	**75,2**	**75,0**
Guairá	201,7	72,4	154,9	62,3	169,9	85,2	58,8	235,7	234,3
Caaguazú	196,8	204,5	202,0	318,1	267,6	131,4	146,5	136,7	136,8
Caazapá	502,1	213,5	321,2	299,5	163,3	124,2	105,5	78,2	78,0
Itapúa	165,4	195,6	194,4	167,3	105,5	128,7	106,5	144,5	143,6
Misiones	194,9	51,9	194,2	52,1	144,0	49,3	53,2	59,5	59,3
Paraguarí	**132,2**	**316,3**	**234,2**	**107,9**	**174,3**	**261,4**	**147,9**	**257,9**	**256,2**
Alto Paraná	240,5	284,4	182,4	201,4	87,7	110,7	100,9	155,2	154,1
Central	93,7	110,0	118,1	121,3	102,3	89,6	119,6	93,1	96,4
Neembucú	260,2	0,0	86,8	184,3	84,0	90,6	0,0	229,4	228,3
Amambay	120,0	136,0	304,0	73,6	227,1	156,5	143,8	95,9	95,5
Canindeyú	402,4	400,9	437,5	327,0	389,5	227,7	281,7	211,5	209,9
Pte. Hayes	149,9	468,0	297,4	231,7	293,6	374,5	172,9	219,8	272,9
Alto Paraguay	769,2	1680,7	0,0	1041,7	775,2	0,0	429,2	763,4	766,3
Boquerón	0,0	0,0	283,3	146,0	100,5	165,6	256,0	87,0	86,4
Asunción	94,3	21,1	122,5	102,9	92,4	82,4	76,7	68,4	67,8
TOTAL GENERAL	**164,0**	**159,7**	**182,1**	**174,1**	**153,5**	**128,5**	**121,4**	**125,9**	**127,3**

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Departamento de Bioestadística.

El comportamiento de ese indicador del quinto objetivo de desarrollo del milenio, según la tendencia, muestra que es imposible que el país alcance la meta para el 2015. Las tasas de mortalidad materna presentan variación importante entre regiones, relacionadas con la calidad y oportunidad de la atención así como con el mayor o menor sub registro de defunciones. Las causas de muertes maternas están relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud, registrándose una demora en la llegada al servicio de 46%, deficiencia resolutiva de los servicios en el 23% de los casos y el 31% restante mueren en su domicilio sin asistencia. Las principales causas biológicas de la muerte materna estudiada siguen siendo evitables: hemorragias, aborto, toxemia y septicemia. Con respecto a la atención prenatal, en el 94,2% de los nacimientos, las madres asistieron por lo menos una vez y el 68,6% lo tuvo durante el primer trimestre, en 2004; persisten aún diferencias entre regiones.

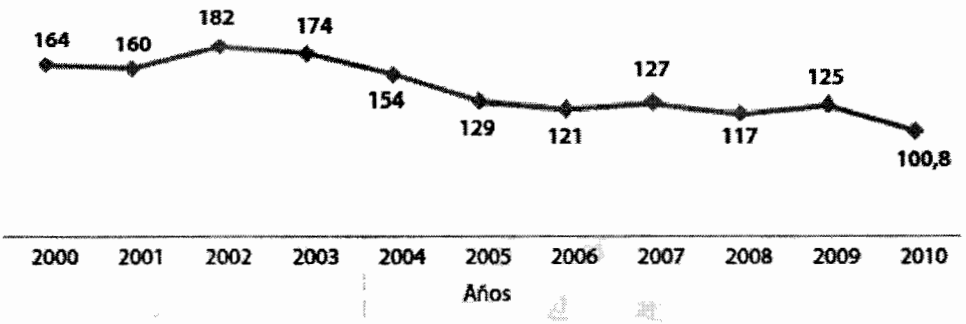
Según el ***Informe Alternativo del cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las mujeres en Paraguay***, "El aborto es uno de los cuatro motivos principales de muertes maternas (27%)16. El acceso y la calidad de atención pueden ser considerados como factores coadyuvantes para la mortalidad de mujeres, pues la cobertura sanitaria pública abarca sólo al 60 % de la población y gran parte de ellos están concentrados en Asunción (9 hospitales y 5 centros especializados), en el Departamento Central (3 hospitales y 2 centros especializados)[17]; el 27,3% de los partos son "no institucionales" y el 37,5% de las mujeres embarazadas no tiene el número de controles prenatales adecuados. En cuanto a la calidad, no se prioriza la contratación de personal profesional de salud y las condiciones hospitalarias son precarias. Una investigación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), concluyó que 9 de cada 10 establecimientos no cumplen con las normas básicas para la atención y sólo 14 de los 106 hospitales visitados cumplen con indicadores de calidad[18]."

16 DGPS, Dpto. de Bioestadística; VESMMyN MSP y BS. Año 2007

17 MASI, Desireé. "Derecho a la salud: continúan reclamos por el exiguo presupuesto destinado a la salud". En: CODEHUPY. Derechos Humanos en Paraguay 2005, Asunción, 2005.

18 GONZÁLEZ, Myrian y VILLALBA Verónica. "Un Estado que desatiende los derechos de las mujeres". En: CODEHUPY. Derechos Humanos en Paraguay 2006, Asunción, 2006.

Gráfico 1: Razón de mortalidad materna s/ años Paraguay. Periodo 2000-2010

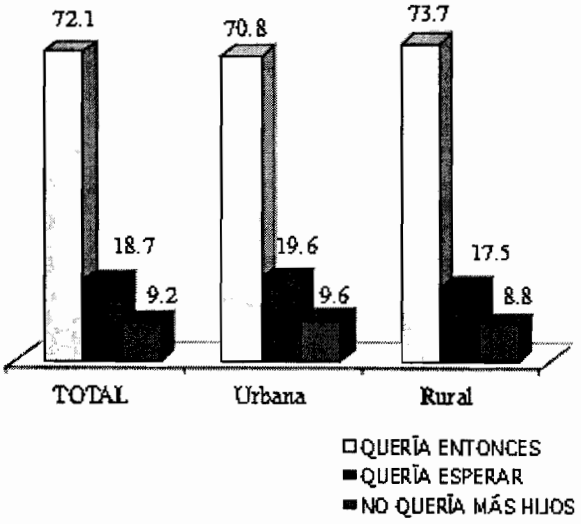


Fuente
MSPyBS/OPS_2003. Paraguay Indicadores de mortalidad 2000. 1990-1995.
MSPyBS_Bioestadística. 1996-2010.
Extraido de la base de datos del Sistema Integrado de Datos Parinfo. Año 2011
Datos provisorios 2010.

EMBARAZOS NO DESEADOS[19]

De acuerdo con los resultados de la encuesta, se puede afirmar que en el Paraguay el 72.1 por ciento de los nacimientos ocurridos en el período 1999-2004 fueron embarazos deseados en ese momento. El 28 por ciento de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años no fueron deseados en el momento de su concepción, de ellos el 9.2 por ciento corresponde a nacimientos cuyas madres no querían más hijos y 18.7 por ciento a aquellos que querían, pero más tarde. No se cuenta con datos en la encuesta realizada en 2008.

Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos en el período marzo 1999 a febrero 2004, por intención reproductiva de la madre, ENDSSR 2004.



[19] Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP, "Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva", Asunción, 2004

MORTALIDAD POR NEOPLASIAS MALIGNAS[20]

Los registros de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de pulmón se han incrementado, constatándose en el quinquenio 2000-2004 una tasa promedio de 3,39 por 100.000 habitantes, en contraste con 2,8 por 100.000 de 1995-9994. Los tumores de cuello uterino constituyen en promedio el 59% del total de los tumores malignos, y el de mama representa en promedio el 28,8% anual.

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte, un 14 a 15% de las muertes registradas con causa definida y asistencia médica, entre 2001 y 2003. Entre estas, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero sí entre áreas urbana y rural, con un valor de 3,9 a 4,4 veces mayor en la primera, sugiriendo importante subregistro, muy baja cobertura de asistencia médica y mala calidad de los certificados de defunción. Entre las defunciones por tumores con causa definida y asistencia médica, para las mujeres el primer lugar fue cáncer de útero, el segundo, tumor de mama, y el tercero, tumor de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colón. En varones, el primero fue tumor de tráquea, bronquios y pulmón, el segundo, de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colón y el tercero, de próstata.

VIH/SIDA e ITSs[21]

La tasa de incidencia de VIH/SIDA en 2005 fue de 3,9 por 100000 habitantes; 3071 infectados, y 4449 personas viviendo con la enfermedad. El 56,35% de los casos han fallecido. La endemia demuestra tendencia de expansión a centros urbanos menores, heterosexualización y alcance progresivo de poblaciones más pobres. La mayoría de los casos de SIDA reportados se ubica entre los 30 a 34 años de edad. La infección por vía sexual fue notificada para 80% de los casos; 7% corresponden a vía de transmisión sanguínea, con una mayoritaria presencia de UDIs, con casos de accidentes transfusionales notificados al comienzo de la epidemia; la transmisión vertical contribuye en 5%; se desconoce la vía de infección en 8% de los casos. La mayoría de casos se reportan en zonas urbanas, aunque con notificación creciente del interior del país. Las tasas de prevalencia más elevadas corresponden a Capital, seguida por el Departamento Central y los Departamentos de frontera lindantes con Argentina y Brasil (como Itapúa, Alto Paraná y Amambay).

La epidemia de VIH/SIDA sigue siendo concentrada y se estima a octubre de 2004, que entre 16.000 y 18.000 personas de 15 a 49 años viven con VIH. Esta estimación, comparada con el número registrado para el mismo grupo de edad en la misma fecha, indica un subregistro de 80,0%. La prevalencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas ha sufrido un incremento de 0,2% en 2000 a 0,8% en 2002; y, en las trabajadoras sexuales, de 0,6% en 2000 a 2,6% en 2002. Aún con este nivel de subregistro, merece especial atención la progresión de la epidemia en la población femenina y en jóvenes de 15 a 24 años. Igualmente llamativa es la notificación cada vez más frecuente de casos fuera del área metropolitana. La prevalencia del VIH en donantes de sangre osciló entre 0,16 y 0,34% en el periodo 1999 – 2004.

La tasa de prevalencia en el uso del condón entre las mujeres sigue siendo baja (10,5% en 2004 comparado con 1,9% en 1990). Entre las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, la tasa de prevalencia en el uso del condón en la última relación sexual de los últimos tres meses fue 31,8% en 2004, resultado superior al 15,7% registrado en 1996. Sin embargo, en este mismo grupo, solo 2,2% de las mujeres tenían conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA.

Durante el 2005, el Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS proporcionó terapia antirretroviral (TAR) a 588 adultos y 92 niños en forma gratuita (un 19% en base al estimado de personas que requieren TAR). No se dispone de medicación para profilaxis de enfermedades oportunistas. Se inició la descentralización de la atención y distribución de TAR a PVVS a servicios de salud del MSP y BS en zonas de frontera con Brasil Argentina. La prevención de la transmisión vertical de VIH se inició en el año 2005, con la distribución de pruebas rápidas para la determinación de VIH en los hospitales materno- infantiles del MSPYBS, en 17 de las 18 Regiones Sanitarias del país.

La prevalencia de *sífilis* en mujeres embarazadas osciló entre 5,3% y 6,2% en el periodo 2000 – 2004. La incidencia de la sífilis congénita para el mismo período se incrementó de 1,1 a 4,9. La prevalencia de la sífilis en donantes de sangre en el periodo 1999 – 2004 osciló entre 0,2% a 0,3%

CONOCIMIENTO Y PREVENCION DE ITSs[22]

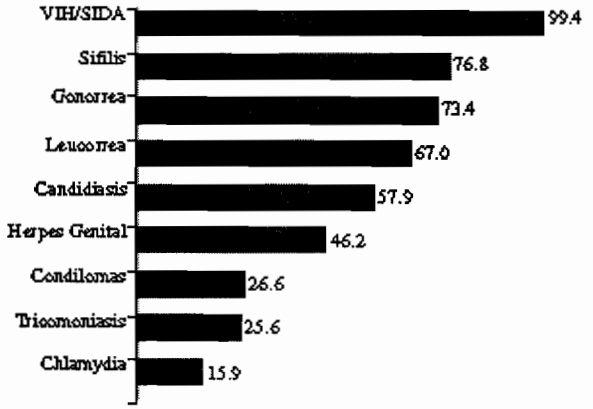
En Paraguay, 99.4 por ciento de la población de mujeres en edad fértil entrevistada conoce o ha escuchado hablar del SIDA. Entre las ITS, la más conocida es la sífilis (76.8 por ciento), seguida de gonorrea (73.4 por ciento), leucorrea (67 por ciento) y Candidiasis (57.9 por ciento). Por

20 USAID/OPS, ob. Cit.
[21] USAID/OPS, ob. Cit.
22 CEPEP, ob. Cit.

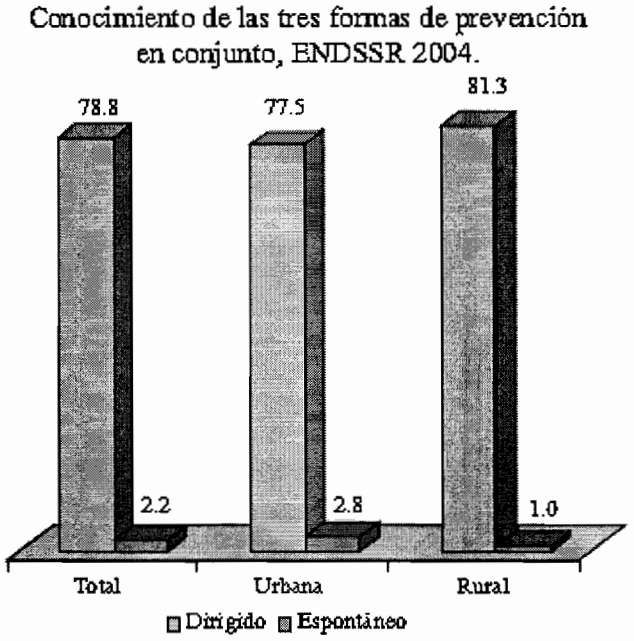
debajo de 50 por ciento de conocimiento están: herpes genital, condilomas, tricomoniasis y chlamydia

El conocimiento sobre VIH/ SIDA también se determinó preguntando a las entrevistadas si sabían que una persona puede estar infectada del virus y no presentar síntomas. El 78.7 por ciento de las mujeres afirmaron que una persona puede ser portadora asintomática del VIH. La cifra asciende de 71.5 por ciento en el área rural a 82.6 por ciento en el área urbana. Por regiones, la proporción varía de 73.3 por ciento en la región Norte a 82.9 por ciento en la región de Gran Asunción.

Conocimiento de ITS y VIH/ SIDA en Paraguay, ENDSSR 2004.



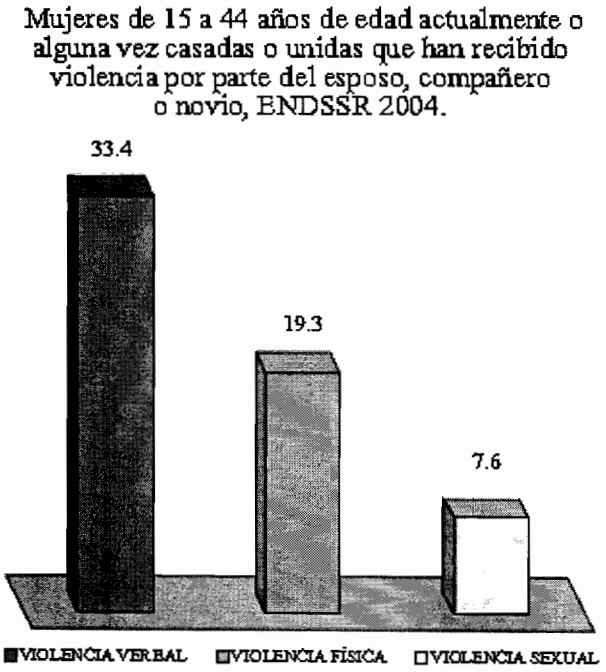
A pesar del alto porcentaje de mujeres que afirmaron conocer el VIH/ SIDA, el conocimiento espontáneo de tres de las formas de prevención de la infección apenas llega al 2.2 por ciento para el total del país. En forma dirigida, el conocimiento, en conjunto, sobre estas tres formas difundidas para evitar la transmisión del VIH asciende a 78.8 por ciento a nivel total. El conocimiento espontáneo de estas tres formas de prevención (que se difunden) en forma separada indica que el concepto más difundido es "usar condones en todas las relaciones sexuales" (35.7 por ciento), en menor proporción mencionaron la abstinencia sexual (14.4 por ciento) y la fidelidad (13.9 por ciento)



Fuente: Indicadores y Datos Básicos, ENDSSR 2004

VIOLENCIA VERBAL, FISICA Y SEXUAL[23]

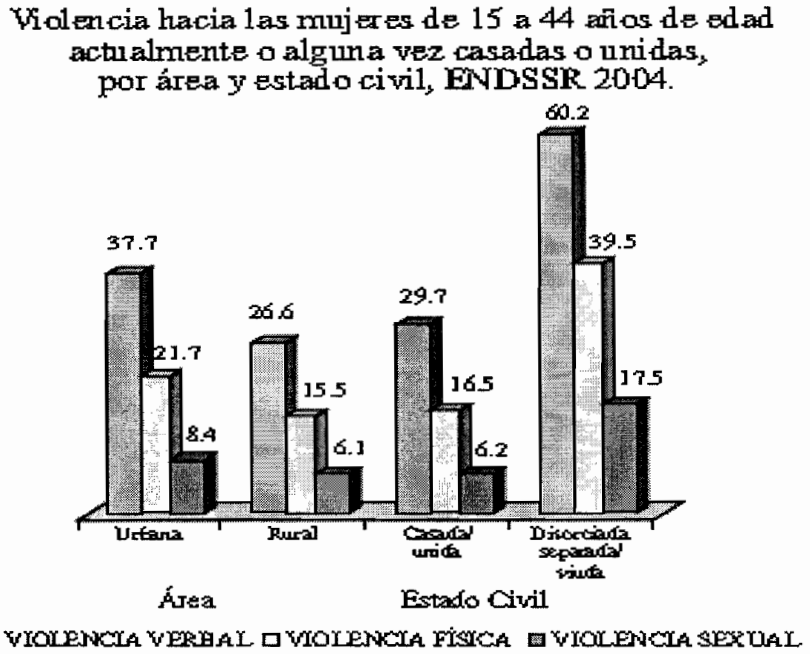
Las mujeres de 15 a 44 años de edad, casadas o unidas actualmente o en el pasado, informaron sobre la forma de maltrato que habían recibido alguna vez por parte de alguna pareja o ex pareja. El 33.4 por ciento reportó haber sufrido violencia verbal, el 19.3 por ciento violencia física y 7.6 por ciento informó haber sido víctima de violencia sexual



[23] CEPEP, ob. Cit.

La violencia verbal hacia la mujer es más alta en el área urbana (37.7 por ciento) que en el área rural (26.6 por ciento). El porcentaje de violencia verbal por parte del esposo, compañero o novio hacia las divorciadas, separadas, o viudas (60.2 por ciento) resultó ser el doble con respecto a las casadas o unidas actualmente (29.7 por ciento)

La violencia física recibida por las mujeres alguna vez en su vida, por alguna pareja o ex pareja, también es mayor para las que residen en el área urbana (21.7 por ciento) y para las divorciadas, separadas o viudas (39.5 por ciento). El mismo patrón se encontró en los casos de violencia sexual, siendo más frecuente en el área urbana (8.4 por ciento) y entre las divorciadas, separadas o viudas (17.5 por ciento)



Cualquiera sea el tipo de violencia, el porcentaje es mayor para las mujeres que tienen entre 15 y 19 años comparado con los otros grupos de edades: violencia verbal (17.1 por ciento), física (11.6 por ciento) y sexual (4.8 por ciento). Entre las mujeres, casadas o unidas actualmente, o en el pasado, que informaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia en el año anterior a la encuesta, más de la mitad (56.8 por ciento) no acudió a nadie en busca de ayuda.

En resumen, desconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, falta de información o información no científica basada en prejuicios, ausencia de educación sexual integral, alta mortalidad materna (hemorragias como primera causa de la misma), muertes debidas a abortos clandestinos, falta de calidad en la atención a personas usuarias de los servicios de atención en la salud pública, discriminación por razones de etnia-raza, VIH, identidad de género, orientación sexual, género, discapacidad. Altos índices de inequidad y pobreza: 35% de la población es pobre y 19% pobre extrema; **1% concentra el 77% de la superficie**; **10% de la población concentra 40% de los ingresos**; como promedio la población tiene 7 años de estudio con un **5,1% de analfabetismo (mujeres 6,1%, 9,9% mujeres rurales)**; el 36% de la población se encuentra **sin red de abastecimiento de agua**[24]

5.4. ANÁLISIS DE OBJETIVOS

Los objetivos propuestos por el proyecto son los siguientes;

- . Mejorar la calidad de atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva a través de la aplicación de protocolos de atención humaniza que tome en cuenta perspectivas y necesidades de las mujeres –desde su diversidad.

- Promover un cambio de paradigma en cuanto a las prácticas sanitarias en lo relacionado, al respeto y la promoción de los derechos sexuales y

[24] Fuente: Exclusión Social en Salud. Paraguay 2007, DGEEC/OPS

reproductivos, como un factor esencial en materia de Derechos Humanos.

- Mejorar la disponibilidad de sangre segura y oportuna para la población, con énfasis en mujeres en situación de riesgo obstétrico mediante la implementación de la red de servicios de sangre y captación de donantes.

El proyecto se plantea 3 objetivos fundamentales que se resumen en el objetivo general. Si bien la prioridad es garantizar derechos humanos a la población, (garantizar el derecho a una atención en salud sexual y reproductiva de calidad), pasa a través de la mejora en la atención, que es el objetivo de una campaña de comunicación y educativa que también tendría a la ciudadanía en general como destinataria. Por estas razones se alude a la creación y fomento de conciencia de derechos. Por otro lado la disponibilidad de sangre para las pacientes es esencial para contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Se considera que para garantizar el derecho a la salud, más específicamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en el marco de los derechos humanos, es necesario mejorar la calidad de atención. La vía para esta mejora es la aplicación de protocolos de atención, además de un cambio profundo de actitudes y de una compresión de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas como derechos humanos básicos y el rol fundamental del Estado en al garantía de estos derechos.

Las campañas destinadas a cambiar el actual paradigma social y las prácticas sanitarias en el marco de los derechos de las mujeres son consideradas claves para el giro progresivo de pensamientos, actitudes y prácticas, que llevarán a una garantía de los derechos de la población. Pasan por una toma de conciencia y conocimiento de derechos. Las campañas pretenden incidir en las actitudes y producir cambios a este nivel.

Por estas razones la elección de nuestros tres objetivos que tienen que ver con mejorar la atención a través de la aplicación de protocolos, cambiar actitudes, pensamientos y además tener disponibilidad de sangre segura para evitar muertes maternas. Los tres apuntan a garantizar los derechos humanos de las mujeres.

La calidad de los hemocomponentes y por ende la inocuidad y seguridad dependen en gran parte de que los donantes sean sanos, no presenten conductas de riesgo de modo a asegurar la exclusión de los periodos de ventana de las diferentes patologías trasmisibles por transfusión sanguínea, no detectables aun con los más sofisticados sistemas de control biológico laboratorial que aun no han logrado eliminar este problema.

El impacto principal del proyecto constituye la mejoría de la disponibilidad de sangre segura y de calidad para la población y un avance sustancial en cuanto a la equidad, a través del fortalecimiento de la Coordinación de la Red de Servicios de Sangre del Programa Nacional de Sangre del Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. La concreción de este proyecto contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad materno infantil y de igual modo permitirá el tratamiento temprano y oportuno de aquellas patologías que requieren asistencia transfusional.

Transversalmente a través de la implementación de este proyecto y mediante las estrategias de promoción de la donación voluntaria y altruista se elevará el nivel de educación de la población mejorando el índice de desarrollo humano, todo esto conlleva a tener una población joven con un estilo de vida saludable con menor propensión a conductas de riesgo y adicciones.

Hablar de calidad y seguridad en los Servicios de Sangre implica definir:

- Un modelo regulatorio (norma y controla) tanto del sector público como del privado. Definido y vigente como Resolución Ministerial Nº 972/06 desde noviembre del 2006 y como "Ley de Sangre Nº 3.441" desde febrero del 2008. El marco legal reglamenta el siguiente punto.

- Un modelo de producción que contempla la donación, el procesamiento, la distribución y uso de sangre y hemocomponentes.

La capacidad de respuesta a los requerimientos se encuentra ineludiblemente unida a la construcción de la infraestructura edilicia, programas de promoción de la donación, móviles de colecta equipados para campañas de promoción, captación y extracción a donantes, logística de transporte de muestras para tamizaje y distribución de hemocomponentes, de actividades de capacitación de personal, organización de eventos con la participación de la comunidad, sistemas de información (a través de un software de gestión y de servicios de sangre) y sistemas de comunicación todo esto bajo una coordinación de la red de servicios de Sangre.

El Programa Nacional de Sangre (PNS) tiene la responsabilidad de llevar adelante la implementación de un Sistema Nacional de Sangre cuyas bases documentales y legales han sido aprobadas y apoyadas por las autoridades ministeriales desde la estructura misma de su ente rector, el PNS, la categorización y funciones de los Servicios de Sangre tanto públicos como privados y la política de obtención de sangre encaminada a transformar totalmente el sistema de obtención de sangre desde la donación por reposición a la donación voluntaria, altruista y repetida para hacer posible el acceso a sangre segura de toda la población, respetando los principios de calidad, equidad y oportunidad.

5.5. ANALISIS Y JUSTIFICACION DE LA ALTERNATIVA ELEGIDA

Lo que ha llevado e elegir esta alternativa es la necesidad de un trabajo de apoyo y ejecución a protocolos de atención ya vigentes que no se cumplen. Por un lado, si bien la capacitación es necesaria, hay que sostener los cambios de paradigma de atención que incidirán directamente en la mejora de la vida de las mujeres sin discriminaciones de ningún tipo (comprendiendo toda la diversidad de las mujeres de los diferentes pueblos indígenas, de diferentes zonas rurales, de las ciudades, de todas las edades, pensamientos, credos, razas, etnias, identidades, cuerpos, sexualidades, con o sin discapacidades, etc,) con campañas de comunicación, elementos materiales que harán sostenible y real la propuesta como es la disponibilidad de sangre y la integración de los derechos sexuales y reproductivos como mandato de derechos humanos y compromiso real del estado.

Se ha elegido intervenir en tres ejes porque por ser puntos esenciales en cada tema: si las mujeres se mueren por hemorragias, es necesario poder garantizar disponibilidad de sangre, si las mujeres no acuden a los servicios por temor a ser maltratadas, se les debe comunicar la garantía de calidad y calidez, si la atención debe ser mejorada hay que aplicar los protocolos de atención

6. LOGICA DE INTERVENCION

6.1. Objetivo general

Contribuir a la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, en toda su diversidad, con la mejora en la calidad de la atención en salud mediante la generación de una conciencia del servicio público entre el personal de salud prestador de servicios y la disminución de las muertes maternas por hemorragia a través de la disponibilidad de sangre segura.

6.2.- Objetivos específicos

OE.1. Mejorar la calidad de atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva a través de la aplicación de protocolos de atención humanizada que tome en cuenta perspectivas y necesidades de las mujeres –desde su diversidad.
OE.2. Promover el cambio tanto de los paradigmas sociales como de las practicas sanitarias en relación al debido respeto y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como una cuestión esencial en materia de Derechos Humanos
O.E.3. Mejorar de la disponibilidad de sangre segura y oportuna para la población, con énfasis en mujeres en situación de riesgo obstétrico mediante la implementación de la red de servicios de sangre y captación de donantes.

6.3.- Resultados esperados

OE.1. Mejorar la calidad de atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva a través de la aplicación de protocolos de atención humanizada tomando en cuenta perspectivas y necesidades de las mujeres

R1.1. Se han identificado prácticas y mensajes del personal de salud que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud y se ha llevado a cabo una investigación en materia de calidad de atención y garantia de los derechos sexuales y reproductivos desde la óptica del personal de salud y usuarias de los servicios.-
R1.2. Se promueve la formación del personal de salud – distintos niveles de atención – en materia de aspectos claves en la calidad de atención.
R1.3. Competencias y habilidades de recursos humanos fortalecidas y basadas en la potenciación de los derechos sexuales y reproductivos (prevención y tratamiento y/o derivación oportuna de ITS´s y VIH/SIDA, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar y de género) de las usuarias de los servicios.

O.E.2. Promover el cambio tanto de los paradigmas sociales como de las prácticas sanitarias en relación al debido respeto y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos como una cuestión esencial en materia de Derechos Humanos.

R2.1. Se han elaborado y difundido materiales específicos en relación a la construcción de género y co-responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y reproducción.
R2.2. Se han elaborado y difundido a nivel de medios de comunicación masivos y locales, mensajes clave en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos que deben ser garantizados a las mujeres.

O.E.3. Mejorar de la disponibilidad de sangre segura y oportuna para la población, con énfasis en mujeres en situación de riesgo obstétrico mediante la implementación de la red de servicios de sangre y captación de donantes.

R3.1 Mejorada capacidad resolutiva de las emergencias obstétricas mediante la dotación de equipos.
R3.2 Mejorada la disponibilidad de sangre segura en hospitales.
R3.3. Ampliada la capacidad del sistema de captación y distribución de sangre.
R3.4 Ampliada la capacidad de respuesta del sistema y la capacitación de sus profesionales.

5.4. ACTIVIDADES PREVISTAS Y PRESUPUESTO ESPECIFICO

R1.1. Se han identificado prácticas y mensajes del personal de salud que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud y se ha llevado a cabo una investigación en materia de calidad de atención y garantia de los derechos sexuales y reproductivos desde la óptica del personal de salud y usuarias de los servicios.-

concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 1.1.1 Contratación asistencias técnicas para investigación en calidad de atención (una asistencia técnica AT dirigida al análisis del desempeño técnico de los servicios para la garantía de la calidad y una AT para el análisis cuantitativo y cualitativo para la calidad de atención desde la perspectiva de los derechos de las mujeres), Incluye la Contratación de auxiliares de investigación, capacitación a equipos de investigación y materiales para la realización de la investigación.-	133.700	71.124	204.824
TOTAL Gastos corrientes - Asistencias técnicas	**133.700.-**	**71.124.-**	204.824.-

concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 1.1.2 Contratación asistencias técnicas para elaboración del protocolo RAC **(Recepción, Acogida y Clasificación) apoyo a la implementación del RAC, mediante la obtención del marco asistencial, definición de guías y control más eficiente del proceso asistencial. .**	15.000.-	0	15.000.-
TOTAL Gastos corrientes - Asistencias técnicas	**15.000.-**	**0**	15.000.-

R1.2. Se promueve la formación del personal de salud – distintos niveles de atención – en materia de aspectos claves en la calidad de atención.

concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 1.2.1. Preparación de talleres de **sensibilización y difusión** de normativas ministeriales y derechos humanos		Recursos Humanos €10.000	€ 10.000
Asistencia Técnica – Facilitadora proceso sensibilización con enfermeras (con elaboración de metodología y contenidos)	€5.000		
Asistencia Técnica – Facilitadora/r proceso de sensibilización con cuerpo médico (con elaboración de metodología y contenidos)	€5.000		
Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de sensibilización con otro personal de salud – auxiliares de enfermería, personal administrativo de hospitales y centros de salud (con elaboración de metodología y contenidos)	€5.000		
Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de sensibilización con personal de atención primaria en salud y promotores de salud (con elaboración de metodología y contenidos)	€5.000		
TOTAL Gastos corrientes – Asistencias Técnicas y RRHH	**€ 20.000**	**€10.000**	**€ 30.000**

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 1.2.2. Realización de Talleres por Departamentos Priorizados			
Pasajes y viáticos (4 procesos de sensibilización departamentales)	2.000		2.000
Material de papelería y otros insumos		300	300
TOTAL Gastos corrientes – Pasajes y viáticos	**2.000**	**300**	**2.300**

R1.3. Competencias y habilidades de recursos humanos fortalecidas y basadas en la potenciación de los derechos sexuales y reproductivos (prevención y tratamiento y/o derivación oportuna de ITS´s y VIH/SIDA, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar y de género) de las usuarias de los servicios.

Concepto	Otros aportes	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 1.3.1. Revisión de los instrumentos de registro y protocolos de atención y su adecuación a los estándares de derechos humanos que incluyen derechos sexuales y derechos reproductivos	**Asistencia Técnica FIIAP 2011** – Revisión de Protocolos y elaboración indicadores Construcción plan de capacitación			**7.500**
Actividad 1.3.2. Proceso de **formación en competencias especificas** según niveles de atención				
Asistencia Técnica – Facilitadora proceso formación con enfermeras (con elaboración de metodología y contenidos)		5.000	Logística 500	**5.500**
Asistencia Técnica – Facilitadora/r proceso de formación con cuerpo médico (con elaboración de metodología y contenidos)		5.000	Logística 500	**5.500**
Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de formación con otro personal de salud – auxiliares de enfermería, personal administrativo de hospitales y centros de salud (con elaboración de metodología y contenidos)		5.000	Logística 500	**5.500**
Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de formación con personal de atención primaria en salud y promotores de salud (con elaboración de metodología y contenidos)		5.000	Logística 500	**5.500**
Actividad 1.3.3. Análisis vinculación sistema de información en salud – variables en relación a la salud de las mujeres – propuesta inclusión/exclusión de variables significativas en relación a DDHH y DSYR		€ 20.000		**20.000**
TOTAL gastos corrientes – Asistencias Técnicas	7.500	40.000	2.000	**49.500**

RESULTADO 2.1. Se han elaborado y difundido materiales específicos en relación a la construcción de género y co-responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y reproducción.

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPyBS	TOTAL (€)
Actividad 2.1.1. Equipo de comunicación MSPyBS – Supervisión y aprobación de todas las actividades y contrataciones externas vinculadas a la construcción y consenso de la campaña de comunicación		€ 15.000	€ 15.000
TOTAL Gastos Corrientes – RRHH		**€ 15.000**	**€ 15.000**

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPyBS	TOTAL (€)
Actividad 2.1.2. Proceso de construcción y consenso de la campaña de comunicación			
Convocatoria y contratación de servicios de comunicación para elaboración de materiales y plan de medios	10.000		**10.000**
Realización de talleres de elaboración y validación de mensajes prioritarios	Pasajes y viáticos 5.000	Logística 20.000	**25.000**
Elaboración y validación de materiales audiovisuales, radiales e impresos para comunicación interna y externa	10.000		**10.000**
Convocatoria y contratación para la creación, elaboración, traducciones y grabación de spots radiales	7.000		**7.000**
Convocatoria y contratación para la creación, elaboración, traducciones y grabación de spots audiovisuales	10.000		**10.000**
TOTAL Gastos corrientes – Pasajes y viáticos – Asistencias Técnicas	**42.000**	**20.000**	**62.000**

RESULTADO 2.2. Se han elaborado y difundido a nivel de medios de comunicación masivos y locales, mensajes clave en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos que deben ser garantizados a las mujeres.

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPyBS	TOTAL (€)
Actividad 2.2.1. Difusión masiva en medios de comunicación (FASE I)			
Difusión de mensajes en distintos canales de TV			
Difusión de mensajes en emisoras de radio			
TOTAL Gastos corrientes – Comunicación y difusión	**112.300**		**112.300**

R3.1 Mejorada capacidad resolutiva de las emergencias obstétricas mediante la dotación de equipos

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPyBS	TOTAL (€)
Actividad 3.1.1. Dotación de equipos			
Adquisición de móviles de distribución	57.142		57.142
Adquisición de equipamiento para programa	**11.787**		
TOTAL Inversión	**68.929**		**57.142**

R3.2 Mejorada la disponibilidad de sangre segura en hospitales

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPyBS	TOTAL (€)
Actividad 3.2.1. Incrementar capacidad del sistema			
Recursos Humanos		85.000	**85.000**
Adquisición de software, gestión de servicios de sangre: Instalación del Software: Suite e-Delphyn BB (Blood Banks) -Hardware: computadoras, Servidores, UPS, impresoras, Etiquetadores de bolsas de sangre, impresoras de códigos de barra, lectores de códigos de barra, conexión e/ terminales y Administrador, red VPN	252.500		**337.500**

TOTAL Inversión y gasto corriente	**252.500**	**85.000**	**337.500**

R3.3. Ampliada la capacidad del sistema de captación y distribución de sangre

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 3.3.1. Visibilidad y Publicaciones	35.000	5.000	**40.000**
TOTAL gasto corriente	35.000	5.000	**40.000**

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 3.3.2. Dotación de equipos			
Adquisición y equipamiento de móviles de colecta externa	28.571		28.571
TOTAL inversión	**28.571**		**28.571**

R3.4 Ampliada la capacidad de respuesta del sistema y la capacitación de sus profesionales.

Concepto	APORTE AECID	APORTE MSPYBS	TOTAL (€)
Actividad 3.4.1. Formación, capacitación y planificación			
Talleres y Reuniones de Trabajo con el equipo encargado de Implementar el Programa Nacional de Promoción de la DVS, personal sanitario vinculado a programa de APS, prevención y promoción.		€ 23.000	**23.000**
Capacitación de Personal de Servicios de Sangre en Promoción de la Donación Voluntaria		€ 10.000	**10.000**
Planificación de colectas externas en la comunidad dentro del Plan Nacional de Donación Voluntaria		€ 45.000	**45.000**
TOTAL gasto corriente		**78.000**	**78.000**

6.5 Matriz de planificación

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Objetivo general	Contribuir a la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en toda su diversidad, con la mejora en la calidad de la atención en salud mediante la generación de una conciencia servicio público entre el personal de salud prestador de servicios y la disminución de las muertes maternas por hemorragia a través de la disponibilidad de sangre segura	Las estadísticas públicas en salud a nivel nacional y regional muestran avances en la situación de salud de las mujeres paraguayas.		Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente
Objetivo específico 1	**OE 1 Mejorar la calidad de atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva a través de la aplicación de protocolos de atención humanizada que tome en cuenta perspectivas y necesidades de las mujeres desde su diversidad**	El 80% del personal de servicios de salud conoce los protocolos de atención en materia de salud sexual y reproductiva. Al menos el 40% los aplica	Resultados de la investigación cualificada	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente
Resultado	**R1.1** Se han identificado prácticas y mensajes del personal de salud que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud y se ha llevado a cabo una investigación en materia de calidad de atención y garantía de los derechos sexuales y reproductivos desde la óptica del personal de salud y usuarias de los servicios	Lista de prácticas y mensajes perjudiciales al ejercicio de los derechos de las mujeres. Se han incrementado las actividades desarrolladas por el equipo de gestión clínica	Resultados de la investigación Informes del equipo de gestión clínica	
		RECURSOS	**COSTES**	
	Actividad 1.1.1. Concepción de la investigación, direccion y análisis (componentes atención humanizada y condiciones materiales en los servicios de salud)	Contratación asistencias técnicas para investigación en calidad de atención (una asistencia técnica AT dirigida al análisis del desempeño técnico de los servicios para la garantía de la calidad y una AT para el análisis cuantitativo y cualitativo para la calidad de atención desde la perspectiva de los derechos de las mujeres), Incluye la Contratación de auxiliares de investigación, capacitación a equipos de investigación y materiales para la realización de la investigación.-	Asistencias Técnicas; 133.700	Se cuenta con el presupuesto aprobado en el PGN
	Actividad 1.1.2 Contratación asistencias técnicas para elaboración del protocolo Recepción, Acogida y Clasificación (RAC): apoyo a la implementación del RAC, mediante la obtención del marco asistencial, definición de guías y control más eficiente del proceso	Contratación de Consultor Externo para elaboración del Protocolo de RAC.-	Asistencia Técnica: 15.000.-	Se cuenta con el presupuesto aprobado en el PGN

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
	asistencial.			
Resultado	R1.2. Se promueve la formación del personal de salud – distintos niveles de atención – en materia de aspectos claves en la calidad de atención.	Número de charlas y talleres realizados. Número y función de participantes por departamento priorizado. Contenidos de la capacitación. Al menos el 30% del personal de salud de las Unidades de Salud de la Familia ha sido capacitado en aspectos claves de calidad de atención. Al menos 90 % del personal sanitario vinculado a la atención directa en salud sexual y reproductiva de los hospitales regionales ha sido capacitado.	Planillas de asistencia, fotos.	
		RECURSOS	**COSTES**	
Actividades	**Actividad 1.2.1.** Preparación de talleres de **sensibilización y difusión** de normativas ministeriales y derechos humanos			
		Asistencia Técnica – Facilitadora proceso sensibilización con enfermeras (con elaboración de metodología y contenidos)	5.000	
		Asistencia Técnica – Facilitadora/r proceso de sensibilización con cuerpo médico (con elaboración de metodología y contenidos)	5.000	
		Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de sensibilización con otro personal de salud – auxiliares de enfermería, personal administrativo de hospitales y centros de salud (con elaboración de metodología y contenidos)	5.000	
		Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de sensibilización con personal de atención primaria en salud y	5.000	

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
		promotores de salud (con elaboración de metodología y contenidos)		
		Recursos Humanos MSPy BS	10.000	
	Actividad 1.2.2. Realización de Talleres por Departamentos Priorizados			
		Pasajes y viaticos (4 procesos de sensibilización departamentales)	2.000	
		Material de papelería y otros insumos	300	
Resultado	R1.3. Competencias y habilidades de recursos humanos fortalecidas y basadas en la potenciación de los derechos sexuales y reproductivos (prevención y tratamiento y/o derivación oportuna de ITS's y VIH/SIDA, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar, y de género) de los recursos humanos de los servicios	60% de los talleres realizados evaluados positivamente. Servicios de salud con mensajes visibles sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Los instrumentos de registro incluyen información sobre el tipo de intervención que la /el profesional de salud ha realizado en presencia de caso de VIH- SIDA, ITS, embarazo no deseado, violencia. Al menos el 80% de los registros en sus variables clave (las anteriores) han sido cumplimentados por el personal de salud.	Evaluación escrita de los talleres . Afiches, fotos Resultados de la investigación	Plan Nacional de Salud Sexual y Reroductiva vigente
		RECURSOS	**COSTES**	
Actividades	**Actividad 1.3.1.** Revisión de los instrumentos de registro y protocolos de atención y su adecuación a los estándares de derechos humanos que incluyen derechos sexuales y derechos reproductivos	AT internacional	Subvención FIIAPP 2011 – 7.500	
	Actividad 1.3.2. Proceso de **formación en competencias especificas** según niveles de atención			
		Asistencia Técnica – Facilitadora proceso formación con enfermeras (con elaboración de metodología y	5.500	

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
		contenidos) Logistica		
		Asistencia Técnica – Facilitadora/r proceso de formación con cuerpo médico (con elaboración de metodología y contenidos) Logistica	5.500	
		Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de formación con otro personal de salud – auxiliares de enfermería, personal administrativo de hospitales y centros de salud (con elaboración de metodología y contenidos) Logistica	5.500	
		Asistencia Técnica – Facilitador/a proceso de formación con personal de atención primaria en salud y promotores de salud (con elaboración de metodología y contenidos) Logistica	5.500	
	Actividad 1.3.3. Análisis vinculación sistema de información en salud – variables en relación a la salud de las mujeres – propuesta inclusión/exclusión de variables significativas en relación a DDHH y DSYR	Asistencia Técnica	20.000	
Objetivo Específico 2:	**OE 2:** Promover el cambio tanto de los imaginarios sociales como de las prácticas sanitarias en relación al debido respeto y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como una cuestión esencial en materia de Derechos Humanos	Afiches, spots de TV y de radio difundidos en las 18 regiones sanitarias	Emisiones de radio, TV	
Resultado	**R 2.1:** Se han elaborado y difundido materiales específicos en relación a la construcción de género y co-responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y reproducción.	Materiales elaborados % de servicios de salud con los materiales disponibles	Materiales	
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 2.1.1. Equipo de comunicación MSPyBS – Supervisión y aprobación de todas las actividades y contrataciones externas vinculadas a la construcción y consenso de la campaña de comunicación	Recursos Humanos MSPyBS	15.000	
	Actividad 2.1.2. Proceso de construcción y consenso de la campaña		42.000.-	

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
	de comunicación			
		Convocatoria y contratación de servicios de comunicación para elaboración de materiales y plan de medios		
		Talleres de elaboración y validación de mensajes prioritarios Pasajes y viáticos		
		Elaboración y validación de materiales audiovisuales, radiales e impresos para comunicación interna y externa		
		Convocatoria y contratación para la creación, elaboración, traducciones y grabación de spots radiales		
		Convocatoria y contratación para la creación, elaboración, traducciones y grabación de spots audiovisuales		
Resultado	R.2.2. Se han elaborado y difundido a nivel de medios de comunicación masivos y locales, mensajes clave en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos que deben ser garantizados a las mujeres	Materiales elaborados Spots de radio y TV difundidos	Pautas de radio y TV, grabaciones	
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 2.2.1. Difusión masiva en medios de comunicación (FASE I)			
		Pago por difusión de mensajes en canales de TV	112.300.-	
		Pago por difusión de mensajes en emisoras de radio		
Objetivo Específico 3	**O.E.3. Mejorar de la disponibilidad de sangre segura y oportuna para la población, con énfasis en mujeres en situación de riesgo obstétrico mediante la implementación de la red de servicios de sangre y captación de donantes**	50% de las donaciones de sangre son cubiertas por el Programa Nacional de Sangre Sistema de red implementado y funcionando		
Resultado	R3.1 Mejorada capacidad resolutiva de las emergencias obstétricas mediante la dotación de equipos	Número de equipos funcionando en los servicios de emergencias obstétricas		
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 3.1.1. Dotación de equipos	Adquisición de móviles de distribución y equipamientos médicos	68.929	

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Resultado	R3.2. Mejorada la disponibilidad de sangre segura en hospitales	La disponibilidad de sangre ha aumentado de al menos un 20% en los hospitales		
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 3.2.1. Incrementar capacidad del sistema			
		Recursos Humanos	85.000	
		Adquisición de software, gestión de servicios de sangre: Instalación del Software: Suite e-Delphyn BB (Blood Banks) -Hardware: computadoras, Servidores, UPS, impresoras, Etiquetadores de bolsas de sangre, impresoras de códigos de barra, lectores de códigos de barra, conexión e/ terminales y Administrador, red VPN	252.500	
Resultado	R3.3. Ampliada la capacidad del sistema de captación y distribución de sangre.	30.000 personas comprometidas a donar sangre 2 veces al año SANGRE ETIQUETADA DESTINADA A HOSPITALES MATERNO INFANTILES		
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 3.3.1. Visibilidad y Publicaciones	Contratación a terceros	40.000	
	Actividad 3.3.2. Dotación de equipos	Adquisición y equipamiento de móviles de colecta externa	28.571	
Resultado	R3.4. Ampliada la capacidad de respuesta del sistema y la capacitación de sus profesionales	100% de las reuniones realizadas, sistema de capacitación implementado % de los cursos realizadas		
Actividades		**RECURSOS**	**COSTES**	
	Actividad 3.4.1. Formación, capacitación y planificación			
		Talleres y Reuniones de Trabajo con el equipo encargado de Implementar el Programa Nacional de Promoción de la DVS, personal sanitario vinculado a programa de APS, prevención y promoción.	23.000	
		Capacitación de Personal de Servicios de Sangre en Promoción de la Donación	10.000	

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
		Voluntaria		
		Planificación de colectas externas en la comunidad dentro del Plan Nacional de Donación Voluntaria	45.000	

7. PROGRAMACIÓN, PRESUPUESTO Y PLAN DE EJECUCIÓN

7.1.- Cronograma de actividades

Desarrollo consultoría de investigación	**Mes 2 y 3**	**Mes 1-4**	
Talleres de elaboración y validación de mensajes prioritarios. Convocatoria y contratación de servicios de comunicación para elaboración de materiales y plan de medios		**Mes 4**	
Elaboración y validación de materiales audiovisuales, radiales e impresos para comunicación interna y externa.		**Mes 5**	
Elaboración y validación de materiales audiovisuales, radiales e impresos para comunicación interna y externa.		**Mes 5**	
Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud con análisis de material de comunicación audiovisual y folletos cuadrípticos en la XV Región Sanitaria Presidente Hayes, la XVI Región Sanitaria Alto Paraguay y de la XVIII Región Sanitaria Boquerón. Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud con análisis de material de comunicación audiovisual y folletos cuadrípticos en de la XI Región Sanitaria Capital y XVIII Región Sanitaria Central. Distribución de afiches en servicios de salud de atención primaria y hospitales de Boquerón, Alto Paraguay y Presidente Hayes		**Mes 6**	
Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud con análisis de material de comunicación audiovisual y folletos cuadrípticos en la I Región Sanitaria Concepción, la II Región Sanitaria San Pedro y la V Región Sanitaria Caaguazú y XI Región Central. Difusión de Spots radiales en radios comerciales y comunitarias de Concepción, San Pedro, Caaguazú y Central. Distribución de afiches en servicios de salud de atención primaria y hospitales de Concepción, San Pedro, Caaguazú y Central.			**Mes 1**
Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud con análisis de material de comunicación audiovisual y folletos cuadrípticos en de la III Región Sanitaria Cordillera, la IV Región Sanitaria Guairá y la IX Región Sanitaria Paraguarí. Difusión de Spots radiales en radios comerciales y comunitarias de Cordillera, Guairá y Paraguarí. Distribución de afiches en servicios de salud de atención primaria y hospitales de Cordillera, Guairá y Paraguarí.			**Mes 1**
Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud de la VIII Región Sanitaria Itapúa, la VIII Región Sanitaria Misiones y la XII Región Sanitaria Ñeembucú. Difusión de Spots radiales en radios comerciales y comunitarias de Itapúa, Misiones y Ñeembucú. Distribución de afiches en servicios de salud de atención primaria y hospitales de Itapúa, Misiones y Ñeembucú			**Mes 2**
Talleres de capacitación a recursos humanos de servicios públicos de salud de la X Región Sanitaria XIII Región Sanitaria Amambay. Difusión de Spots radiales en radios comerciales y comunitarias de Amambay y Alto Paraná.			**Mes 2**

Distribución de afiches en servicios de salud de atención primaria y hospitales de Itapúa, Misiones y Ñeembucú			
Emisión de spots publicitarios en canales de televisión Difusión de Spots radiales en radios comerciales de alcance nacional y regional de todos los departamentos del país y en radios comunitarias.		**Mes 6**	
Emisión de spots publicitarios en canales de televisión Difusión de Spots radiales en radios comerciales de alcance nacional y regional de todos los departamentos del país y en radios comunitarias.			**Mes 1**
Emisión de spots publicitarios en canales de televisión Difusión de Spots radiales en radios comerciales de alcance nacional y regional de todos los departamentos del país y en radios comunitarias.			**Mes 2**
Evaluación y rendición de cuentas de la campaña. Difusión de Spots radiales en radios comerciales de alcance nacional y regional de todos los departamentos del país y en radios comunitarias.			**Mes 4**
Adquisición de software, gestión de servicios de sangre: Instalación del Software: Suite e-Delphyn BB (Blood Banks) -Hardware: computadoras, Servidores, UPS, impresoras, Etiquetadores de bolsas de sangre, impresoras de códigos de barra, lectores de códigos de barra, conexión e/ terminales y Administrador, red VPN		**Mes 2**	
Adquisición de móviles de distribución	**Mes 2**		
Talleres y Reuniones de Trabajo con el equipo encargado de Implementar el Programa Nacional de Promoción de la DVS, personal sanitario vinculado a programa de APS, prevención y promoción.			**Mes 2**
Actividades de visibilidad y publicaciones	**Mes 2 y 3**	**Todo semestre**	**Todo semestre**
Adquisición y equipamiento de móviles de colecta externa	**Mes 2**		
Planificación de colectas externas en la comunidad dentro del Plan Nacional de Donación Voluntaria	**Mes 2 y 3**	**Todo semestre**	**Todo semestre**
Capacitación de Personal de Servicios de Sangre en Promoción de la Donación Voluntaria		**Mes 3-6**	

7.2 Desglose presupuestario de la AECID y de otros financiadores

	Total AECID		Total MSPyBS		Total Proyecto	
	496	796	496	796	496	796
GASTOS CORRIENTES (no inventariable)	400.000		286.424		686.424	
Personal			227.000		155.000	
Asistencias técnicas y consultorías	245.700				164.000	
Sensibilización publica y visibilidad	147.300		72.000		286.500	
Formación			33.300		33.300	
Pasajes/viáticos	7.000		24.100		37.600	
Seguros					7.500	
Material de oficina y otros insumos			2.024		2.524	
INVERSION (inventariable)		350.000				350.000
Mobiliario, equipos de oficina y computación						
Equipos de comunicación						
Otros equipamientos sanitarios		264.287				252.500
Vehículos		85.713				85.713
TOTALES	400.000	350.000	286.424		686.424	338.213

DESCRIPCIÓN DE GASTOS CORRIENTES
Personal, asistencias técnicas, capacitación, comunicación, pasajes , viáticos, seguros, material de oficina e insumos.
DESCRIPCIÓN DE INVERSIÓN FÍSICA
Equipamientos sanitarios, vehículos, mobiliaria, equipos de oficina y computación

7.3. Plan de ejecución
El proyecto es responsabilidad del MSP y Bs y estará a cargo de la Dirección General de Programas y del Programa Nacional de sangre, en articulación con diferentes direcciones del MSPyBS.
PROCEDIMIENTOS DE ORGANIZACIÒN INTERNA Según lo dispuesto en el Convenio Marco de Cooperación entre el Reino de España y el Paraguay en la Ley N° 5090 que aprueba y ratifica el Convenio General Básico de Cooperación Científica, Técnica y Cultural suscrito entre el Gobierno de la República del Paraguay y el Gobierno de España el Decreto – Ley N° 312 /1962 Por la cual la Secretaría Técnica de Planificación aprobada por Ley 841/62 se encargará de la coordinación de programas de asistencia técnica y financiera prestados por los Gobiernos y Organismos internacionales de Cooperación. Por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Dirección General de Relaciones Internacionales y el Programa de Sangre serán los responsables técnicos y administrativos de la implementación del Proyecto

8. ESTUDIO DE VIABILIDAD/ SOSTENIBILIDAD
8.1. Políticas de apoyo
Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Plan Nacional de Promoción en calidad de vida y salud con equidad en el Paraguay Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Severa

8. 2 Aspectos institucionales
Ejecución dependiendo del Ministerio de Salud Pública

8.3 Aspectos socio culturales
Se tiene en cuenta la carga cultural sobre la sexualidad en este proyecto, que incidirá sobre las actitudes. Además, ya en otro plano, se emitirán los mensajes además de en las dos lenguas oficiales del Paraguay, en otros idiomas como Nivaclé, Enxet, etc.

8.4 Enfoque de género
Todo el proyecto asume una perspectiva de género al tener en cuenta los aspectos socio culturales de la desigualdad entre mujeres y hombres. La perspectiva de derechos sexuales y derechos reproductivos integra un análisis de las relaciones de poder a la salud sexual y reproductiva. Además se profundiza este enfoque de género visualizando la diversidad de las mujeres y la gama de discriminaciones relacionadas con el género como patrón cultural para las personas.

8.5. Factores tecnológicos
Viabilidad técnica: A través de la experiencia técnica del personal rentado de la Oficina y Coordinación Regional, así como por el personal voluntario que ha servido de soporte al trabajo de nuestra organización a lo largo de su vida institucional. Sostenibilidad de resultados: Al incidir sobre tres niveles interrelacionados que permitirán la continuidad de las acciones y resultados planteados: el personal

8.6 Factores económico financieros
Los gastos del proyecto se cubrirán con el aporte de la AECID y la contraparte del MSP y BS

9. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DESPUÉS DE LA FINALIZACIÓN DEL APOYO DE LA COOPERACIÓN

ESPAÑOLA Y FORMAS DE TRANSFERENCIA PREVISTAS
El objetivo es que tanto la capacitación como la campaña de comunicación sean reproducibles y formen parte de la educación permanente de la institución. Por otro lado se pretende mantener la disponibilidad de sangre alcanzada con el proyecto.

NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE HA CUMPLIMENTADO LA FORMULACIÓN DEL PROYECTO			
Nombre:	Cargo:	Entidad:	Fecha:
Dra. Lida Sosa	Directora General de Programas de Salud	MSP y BS	Setiembre 2013
Dra. Karen Díaz	Encargada del Programa de Salud Sexual y Reproductiva	MSP y BS	Setiembre 2013
Dra. Carolina Molas	Programa Nacional de Sangre	MSP y BS	Setiembre 2013
Dr. Rubén Ortiz	Dirección General de Programas de Salud	MSP y BS	Setiembre 2013
Lic. Leticia Ayala	Directora Técnica de Cooperación Internacional	MSP y BS	Setiembre 2013