

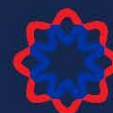
ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

Capital Humano y Diseño Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Agosto 2022



Ministerio de
HACIENDA



PpR
Presupuesto
por Resultado



Análisis presupuestario de Capital Humano y Diseño Estratégico - MSPyBS

Autoridades

Oscar Llamosas, ministro de Hacienda

Marco Antonio Elizeche Almeida, viceministro de la Subsecretaria de Estado de Administración Financiera (SSEAF)

Revisión

Teodora Recalde de Spinzi, directora general de Presupuesto

Monserrat Díaz, coordinadora de Monitoreo y Evaluación del Gasto Público

Edición y supervisión

Elvira Pereira, jefa de Evaluación del Gasto Público

Procesamiento de datos

Andrés Brítez y Alexia Alarcón

Investigación y redacción

José Acuña, Katherine Viveros, Elva Espínola, Karen Torres y Cristina Pereira

Apoyo técnico

Rosa Coronel, Jorge Paredes, Jorge Fernandez, Francisco Escalante

Coordinación para Difusión

Amada Silguero

Copyright © Dirección General de Presupuesto, Subsecretaria de Estado de Administración Financiera, Ministerio de Hacienda

El contenido de este material puede ser reproducido siempre y cuando se mencione la fuente.

Edición, 2022

Para mayor información o para la obtención de ésta y otras publicaciones dirigirse a: Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda: Chile 252 - Asunción - Paraguay Teléfono: +595-21 4146 737 E-mail:

dgp@hacienda.gov.py

Web Site: www.hacienda.gov.py



Contenido

Gráficos	3
Tabla	3
Introducción	5
Contexto Institucional a nivel presupuestario	6
Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.....	6
Personal de Blanco del MSPyBS	11
Análisis cuantitativo de los datos reportados en el Balance Anual de Gestión Pública (BAGP) del MSPyBS y los datos del Sistema Nacional de Recursos Humanos (SINARH) del MH	11
Comparación de vínculos en base al SINARH y reportes anuales del MSPyBS	14
Análisis de la demanda en salud a partir de la dinámica demográfica	18
Cobertura Poblacional de la Salud Pública.....	18
Distribución de médicos por departamento del país.....	20
Análisis rápido de la configuración de Programas Sustantivos de salud - 2022	24
Diseño de las principales intervenciones del MSPyBS	24
Conclusiones y Recomendaciones	33
Bibliografía	34



Gráficos

Gráfico N° 1: Evolución histórica del Presupuesto del MSPyBS - Años 2017-2022..	6
Gráfico N° 2: Distribución por Fuente de Financiamiento de lo obligado en los años 2017 al 2021 y el Presupuesto Aprobado 2022.....	7
Gráfico N° 3: Evolución histórica en el grupo de gastos 100 «Servicios Personales» del MSPyBS. Años 2017 al 2022.....	8
Gráfico N° 4: Distribución por Fuente de Financiamiento del OG 142 en los años 2017 al 2021 en Ejecución y el Presupuesto Aprobado 2022.....	9
Gráfico N° 5: Evolución en la incorporación de Recursos Humanos en el MSPyBS, según el BAGP (2017-2021).....	11
Gráfico N° 6: Evolución en la incorporación de Recursos Humanos en el MSPyBS, según el SINARH (2017-2021).....	12
Gráfico N° 7: Brecha entre cantidad de registros del personal contratado en el MSPyBS con el SINARH (2017-2021).....	13
Gráfico N° 8: Etapas del proceso presupuestario para el pago del salario.....	14
Gráfico N° 9: Personal contratado (Objeto de Gasto 142) en diferentes etapas del proceso de pago.....	15
Gráfico N° 10: Cantidad de médicos por cada 1000 habitantes.....	16
Gráfico N° 11: Médicos por cada 1000 habitantes - Paraguay.....	17
Gráfico N° 12: Distribución de vínculos de médicos por ubicación geográfica.....	19
Gráfico N° 13: Cantidad por exceso y defecto de médicos requeridos por departamento.....	20
Gráfico N° 14: Distribución de médicos conforme al índice de referencia por departamento.....	21

Tabla

Tabla N° 1: Estructura presupuestaria de los Programas Sustantivos.....	22
Tabla N° 2: Hallazgos y recomendaciones de la estructura de los programas sustantivos del MSPyBS.	26



Acrónimos

BAGP	Balance Anual de Gestión Pública
COVID-19	Coronavirus
DGP	Dirección General de Presupuesto
DGTP	Dirección General de Tesoro Público
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua
INE	Instituto Nacional de Estadística
MH	Ministerio de Hacienda
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
PANI	Programa Alimentario Nutricional Integral
PGN	Presupuesto General de la Nación
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEE	Organismos y Entidades del Estado
OG	Objeto del Gasto
ONG	Organismos no Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OT	Orden de Transferencia
PI	Presupuesto Inicial
PpR	Presupuesto por Resultados
PV	Presupuesto Vigente
SICO	Sistema de Contabilidad
SINARH	Sistema Nacional de Recursos Humanos
SIPAP	Sistema de Pagos del Paraguay
STR	Solicitud de Transferencia de Recursos
SNS	Sistema Nacional de Salud
BM	Banco Mundial



Introducción

El país en los últimos años ha avanzado notablemente hacia sus objetivos dentro del componente de salud, la existencia de espacios de mejora dentro de los procesos y la necesidad de impulsar acciones de políticas contundentes ha permitido avanzar hacia una cobertura más amplia y equitativa para todos.

Los esfuerzos en términos de finanzas públicas han acompañado estos avances, que mediante el ejercicio de priorización se están introduciendo gradualmente mecanismos de financiamiento más sostenibles, sobre todo de aquellos gastos que resultan sensibles como ser la cobertura salarial del personal de blanco.

En esa línea, el presente informe fue elaborado por la Dirección General de Presupuesto desde una óptica general, enfatizado en lo presupuestario, donde se realiza una valoración de ciertos temas que podrían tomarse en cuenta para avanzar hacia el establecimiento de condiciones para el surgimiento de un sistema de salud más integral, y con capacidades homogéneas poniendo énfasis en la gobernanza (desde la distribución de recursos), y el desarrollo de programas públicos necesarios en el sector sanitario.

La salud no es un tema menor en Paraguay, la búsqueda de servicios adecuados de salud al servicio de la gente es sin duda una tarea constante, hacerlo posible, requiere de una cultura de transparencia, compromiso y apertura con respecto a los resultados, lo cual es posible si cada actor colabora desde el lugar que le corresponde.

Este informe es una muestra de los múltiples frentes que se pueden abordar, a partir del cual se espera que contribuya a sentar las bases de las grandes transformaciones que Paraguay debe llevar a cabo en el largo plazo.

Contexto Institucional a nivel presupuestario

Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

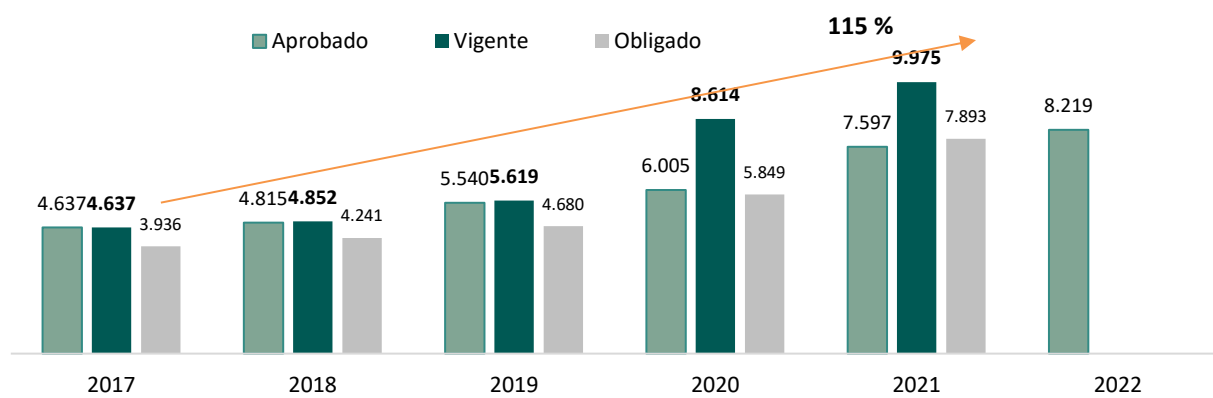
La Constitución Nacional del Paraguay (1992) dicta en su artículo 68° que el «Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana».

Para el cumplimiento del mismo, el Estado paraguayo asigna recursos financieros a los Organismos y Entidades del Estado (OEE), por la Ley Anual de Presupuesto General de la Nación. Según el ciclo presupuestario, con la aprobación de la ley, se genera el Presupuesto Inicial (PI) o Aprobado. Conforme a la programación de los ingresos y gastos mensuales, se ejecuta el presupuesto aprobado, adicionando las modificaciones presupuestarias a lo que se denomina Presupuesto Vigente (PV) y a lo efectivamente utilizado o gastado al cierre del ejercicio fiscal se denomina Ejecución u Obligado.

Al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, se le ha puesto énfasis en la realización de un recuento histórico presupuestario.

La entidad cuenta con recursos financieros asignados en la fuente de financiamiento 10 «Recursos del Tesoro», 20 «Recursos del Crédito Público» y 30 «Recursos Institucionales», según puede observarse en la siguiente gráfica.

Gráfico N° 1: Evolución histórica del Presupuesto del MSPyBS - Años 2017-2022. En miles de millones de G.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

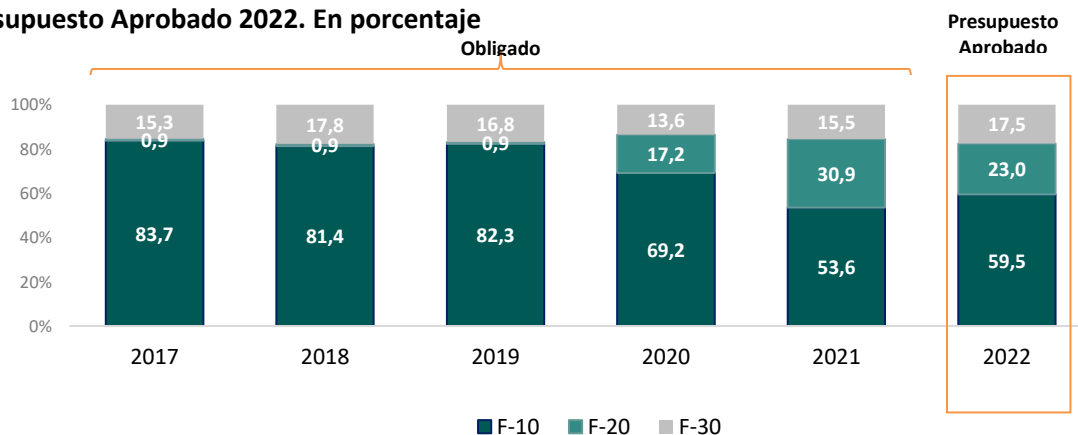
En el año 2017, el PV fue de G 4,6 billones, siendo la Ejecución del mismo año G 3,9 billones representando el 84%. Al año 2021, el PV fue de G 9,9 billones, visualizándose un crecimiento del 115% en la asignación en relación al PV del año anterior, mientras que la Ejecución u Obligación no tuvo el mismo ritmo de variación.

Se observa, que la brecha entre el Presupuesto Vigente versus Obligado ha tenido importantes fluctuaciones a lo largo del periodo analizado, visualizándose una tendencia similar entre los años 2017-2019 (promedio del 15%), mientras que para el año 2020 esta cifra se duplica, llegando al 32% inclusive, dado los niveles de ejecución alcanzados, justificado en cierta parte por el incremento de las asignaciones en contexto de pandemia y las dificultades en la adquisición de vacunas, por ejemplo. No obstante, la brecha disminuye para el 2021 y se refleja en una mejora de la ejecución en un 11%.

Desglosando la composición de la ejecución del MSPyBS, se puede observar en el gráfico n° 2 la distribución por fuente de financiamiento que, pese a las variaciones en el periodo analizado, mantiene a los recursos del tesoro como principal fuente de gasto.

Es importante resaltar la participación de los recursos del crédito público a partir del año 2020 para hacer frente la pandemia COVID-19. Tomando los valores ejecutados del 2017 al 2021 se observa un incremento del 30% en su participación, equivalente a G 2,4 billones, cuyos recursos provienen principalmente del Fondo de Emergencia; Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF); Corporación Andina de Fomento (CAF); Gobierno Español.

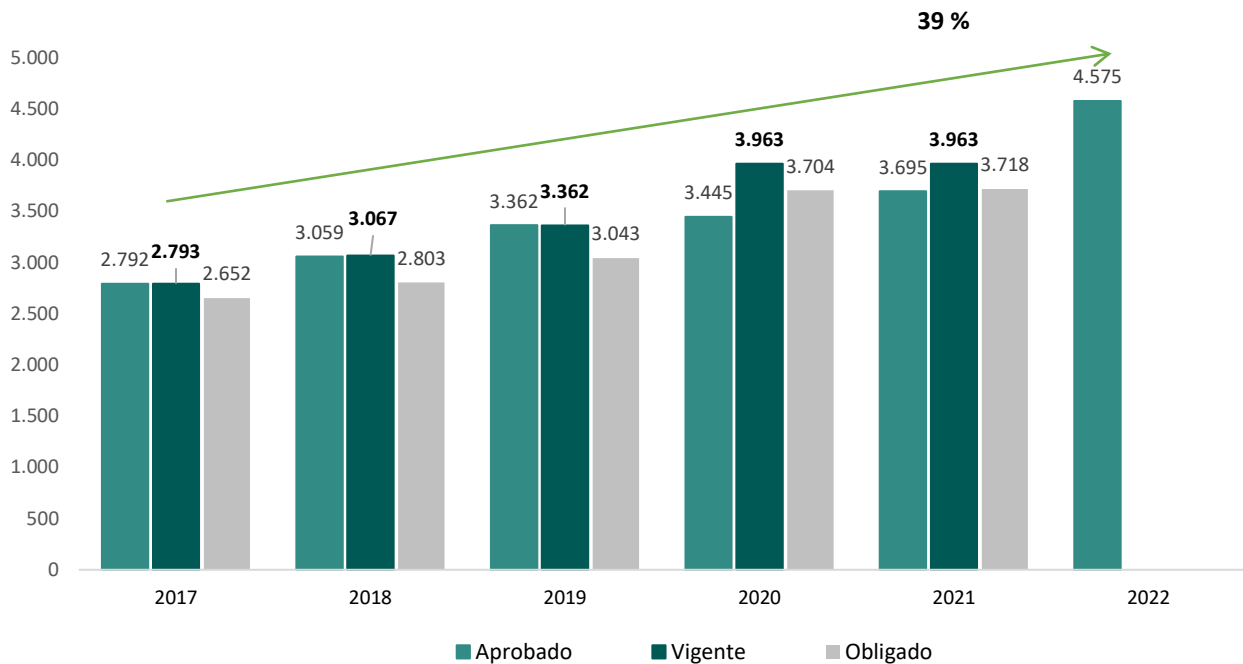
Gráfico N° 2: Distribución por Fuente de Financiamiento de lo obligado en los años 2017 al 2021 y el Presupuesto Aprobado 2022. En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

En cuanto a todos los grupos de gastos que pueden ser objetos de análisis, el presente informe se centra en el grupo 100 «Servicios Personales», y que según definición: *comprende remuneraciones básicas, remuneraciones temporales, asignaciones complementarias, personal contratado, remuneraciones por servicios en el exterior y otros gastos de personal. Además, se incluye en este análisis, el Objeto del Gasto 961 para reflejar la aplicación de las deudas pendientes de pago de ejercicios anteriores y que guardan relación con los servicios personales¹*, en este caso a la totalidad del personal de MSPyBS.

Gráfico N° 3: Evolución histórica en el grupo de gastos 100 «Servicios Personales» del MSPyBS. Años 2017 al 2022. En miles de millones de G.



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

En los últimos 5 años, el grupo de gasto 100 «Servicios Personales», ha registrado un promedio de ejecución del 93% y un nivel de crecimiento de lo asignado del 39% en el Presupuesto Vigente, con el financiamiento mayoritario en fuente 10 «Recursos del Tesoro».

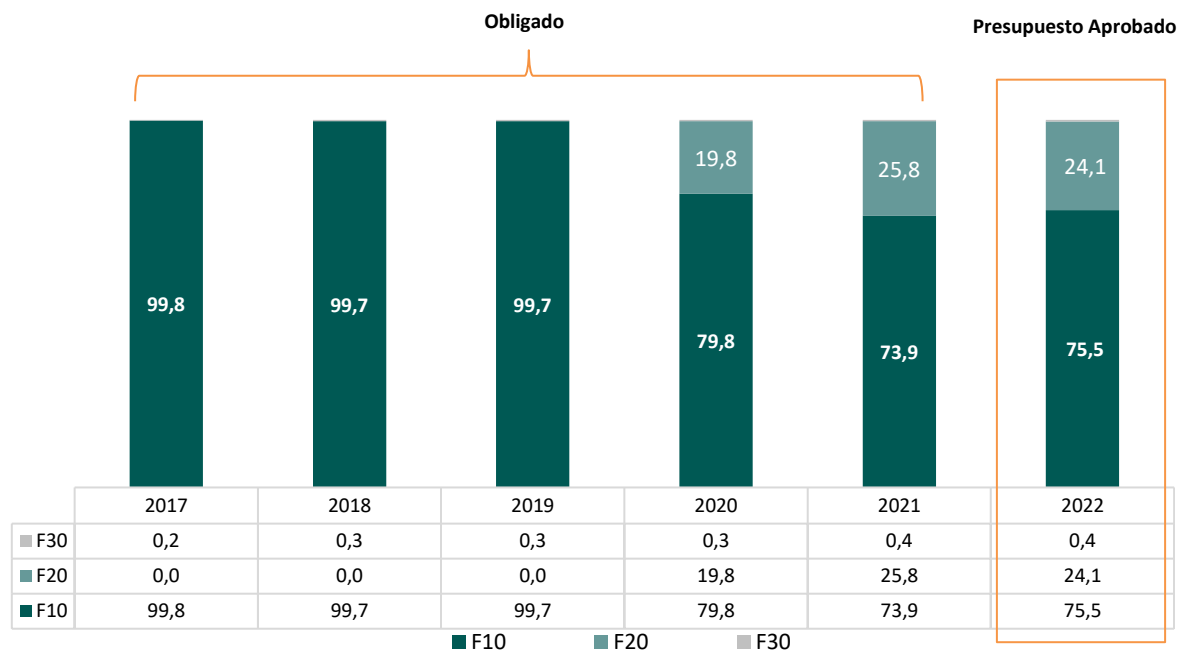
¹ De acuerdo a lo establecido en el Clasificador presupuestario.

Al año 2022, en el Presupuesto Aprobado, se asigna el monto de G 4,5 billones, el cual representa una variación histórica positiva en lo asignado para el pago a los Servicios Personales de un 24%.

Analizando al mínimo nivel de desglose (Objeto de Gasto), la Contratación de Personal de Salud² representa la mayor participación de este grupo, y explica en mayor medida el incremento observado en los últimos años. Al respecto, el aumento total del grupo entre el 2017-2021 alcanzó un 40%, mientras que la ejecución para contrataciones específicamente, creció a un ritmo superior, llegando al 52%.

En cuanto al financiamiento de las contrataciones, en promedio, en los últimos cinco años el 88,1% ha sido con recursos del tesoro, el 11,6% con recursos del crédito público y el 0,3% con recursos institucionales.

Gráfico N° 4: Distribución por Fuente de Financiamiento del OG 142 en los años 2017 al 2021 en Ejecución y el Presupuesto Aprobado 2022. En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

² Remuneraciones exclusivas para el personal del área de la salud. En este rubro, incluye a los médicos, odontólogos, obstetras, químicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, paramédicos, radiólogos y técnicos inherentes al ámbito de la salud. Incluye remuneraciones a miembros de juntas y auditorías médicas u otros cargos similares requeridos por los Organismos y Entidades del Estado, excluyendo en este concepto, personal del área administrativa o de servicio.



TETÁ VIRU
MOHENDAPY
Motenondcha
Ministerio de
HACIENDA





Personal de Blanco del MSPyBS

Análisis cuantitativo de los datos reportados en el Balance Anual de Gestión Pública (BAGP) del MSPyBS y los datos del Sistema Nacional de Recursos Humanos (SINARH) del MH

Para superar de manera progresiva las barreras económicas y de restricciones presupuestarias que se han hecho visibles en los últimos Ejercicios Fiscales, uno de los requerimientos prioritarios que se había evidenciado durante la pandemia es la insuficiencia de RR.HH. manifestado por el MSPyBS, lo que lleva a analizar el componente clave que es el **“Capital Humano”** del área de salud.

Si bien existen aspectos notables para el análisis del **Capital Humano**, como la planificación, la formación y capacitación, los sistemas de información, la carrera sanitaria y la dotación equitativa de los recursos humanos en salud, este análisis se enfoca en un aspecto técnico desde un **enfoque cuantitativo**, tomando como base las fuentes de información disponibles a fin de identificar oportunidades de mejora en cuanto a la sincronización de datos, categorización del personal y brechas existentes para la cobertura, tal como el acceso equitativo y sin discriminación de las comunidades a los servicios integrales de salud.

El estudio abarca dos instrumentos de información oficiales reportados al Ministerio de Hacienda, por una parte, el Balance Anual de Gestión Pública (BAGP) y por otra, el Sistema Nacional de Recursos Humanos (SINARH).

El BAGP es un instrumento del Presupuesto por Resultados (PpR), donde se incorporan los principales resultados de la gestión de los Organismos y Entidades del Estado (OEE), y el nivel de cumplimiento de las metas comprometidas, así también, aspectos administrativos como la cantidad de RR.HH., dividido en Personal Contratado y Activos Nombrados. El mismo fue implementado a partir del Ejercicio Fiscal 2011.

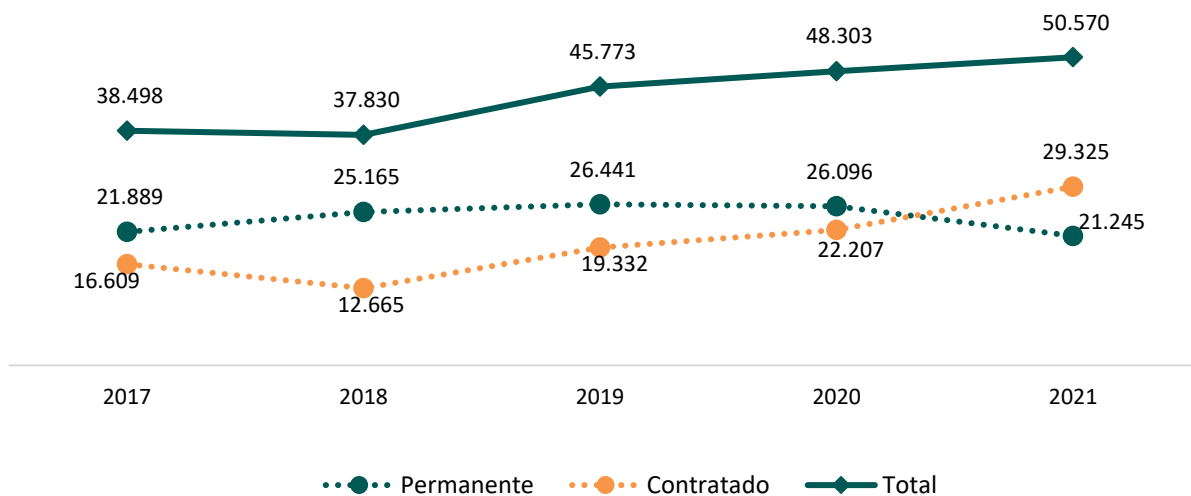
Por otra parte, el Sistema Nacional de Recursos Humanos (SINARH) administrado por el Ministerio de Hacienda, consolida datos de las remuneraciones presupuestadas y devengadas de los funcionarios y Personal Contratado por cada OEE.

Ambas fuentes de información, dan apertura a dos escenarios, por una parte, la cantidad de RRHH que operan en cada año Fiscal (BAGP) y por otra parte la cantidad de RRHH pagados en cada Ejercicio Fiscal (SINARH) que por ende deben estar sincronizados y reflejar consistencia.

En ese sentido, la evolución de la incorporación de los recursos humanos en el MSPyBS según el BAGP, presenta variaciones importantes de un año a otro, y específicamente del personal contratado. Tomando como punto de referencia el año 2017 al 2021 el crecimiento ha sido del 77%. No obstante, el personal permanente, ha tenido una disminución del 3%.

La brecha entre personal permanente y contratado se ha invertido en el año 2021, puesto que en el año 2017 la cantidad de permanentes superaba en 5.280 al personal contratado, y para el año 2021 el personal contratado superó en 8.080 al personal permanente, con supuestos evidentes como la jubilación, muerte o en algunos casos desvinculación, y por el lado de la contratación, se sustenta principalmente por la Emergencia Nacional a causa del COVID-19, avalada por la normativa oficial, la Ley N° 1626/2000 de la Función Pública, que permitió la ejecución de contrataciones directas y en carácter de excepción.

Gráfico N° 5: Evolución en la incorporación de Recursos Humanos en el MSPyBS, según el BAGP (2017-2021)

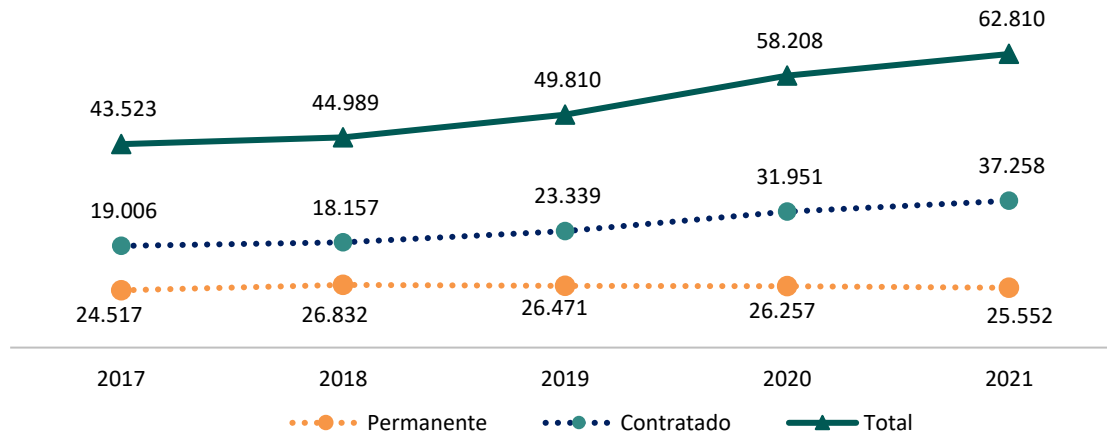


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Balance Anual de Gestión Pública del MSPyBS



Ahora bien, partiendo del supuesto de que ambas fuentes de información deben estar sincronizadas, se encuentra que los datos observados en el SINARH son superiores a lo reportado en el BAGP. Tomando como referencia el año 2021, la diferencia en las cantidades representa un 30%.

Gráfico N° 6: Evolución en la incorporación de Recursos Humanos en el MSPyBS, según el SINARH (2017-2021)



Fuente: Elaboración propia con base en datos Sistema Nacional de Recursos Humanos del MH

Comparación de vínculos en base al SINARH y reportes anuales del MSPyBS

La vinculación del personal de blanco se encuentra establecida en el **Artículo 102** del Anexo A «Guía de Normas y Procesos del PGN 2022» del Decreto N° 6581/2022, por el cual se reglamenta la Ley N° 6873/2022, y menciona lo siguiente:

El personal de Blanco nombrado o contratado podrá ser lo relativo a:

a) Cantidad de cargos:

- a.1)** Ocupar hasta tres cargos en centros asistenciales de una misma Entidad de Salud; o
- a.2)** Ocupar hasta cuatro cargos en distintos centros asistenciales de Entidades de Salud por mes.

En ningún caso, tanto para las situaciones contempladas en los incisos a.1) y a.2) se podrán ocupar de tres cargos en dichos centros asistenciales por un día y en horario diferenciados

a.3) Personal de blanco en cargos administrativos de conducción superior.

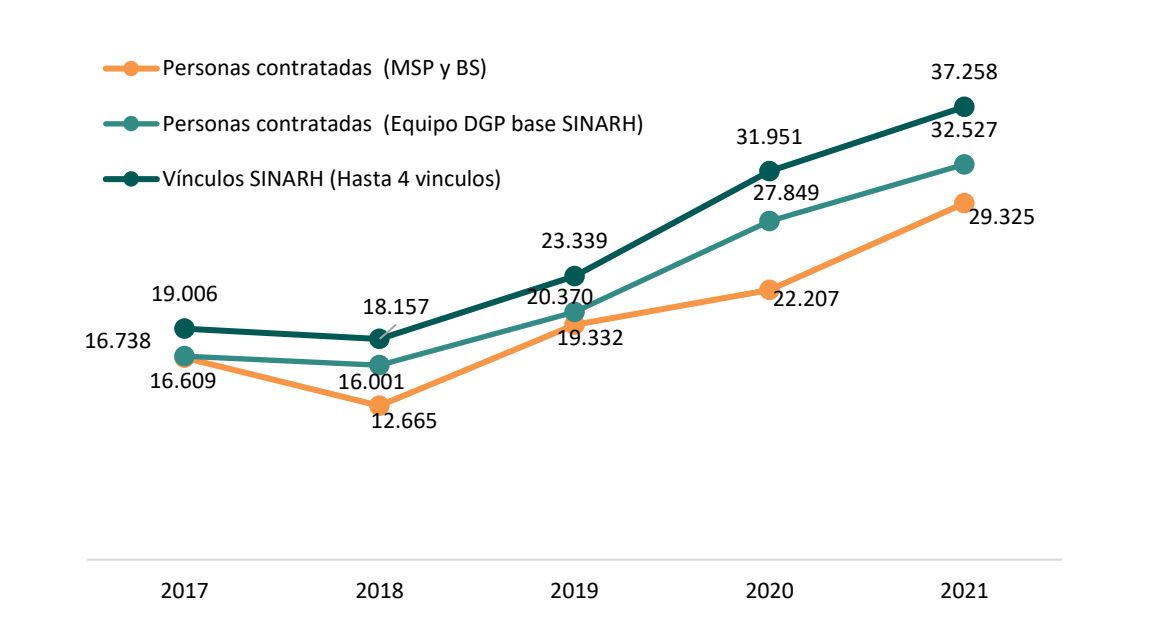
El personal de blanco nombrado en cargos administrativos de conducción superior (Direcciones y Direcciones Generales similares) podrá prestar servicios además como profesional especializado o para la prestación de servicios en el área de salud en los términos de los incisos a.1) y a.2) precedentes, siempre y cuando sean compatibles con sus funciones administrativas y no exista superposición de

carga horaria, debidamente justificadas por la Máxima Autoridad Institucional. En ningún caso podrá acumularse cargos de conducción superior.

Se entenderá por día hora diferenciada los turnos de servicios médicos continuos que no resulten superpuestos ni simultáneos para cubrir los 365 días del año, los 7 días de la semana y las 24 horas del día.

a.4) A los efectos de contabilizar la asignación total que pueda percibir un personal de salud, se entenderá que cada cargo y asignación es independiente, no pudiéndose establecer topes que en ningún caso podrá sobrepasar cuatro asignaciones.

Gráfico N° 7: Brecha entre cantidad de registros del personal contratado en el MSPyBS con el SINARH (2017-2021)



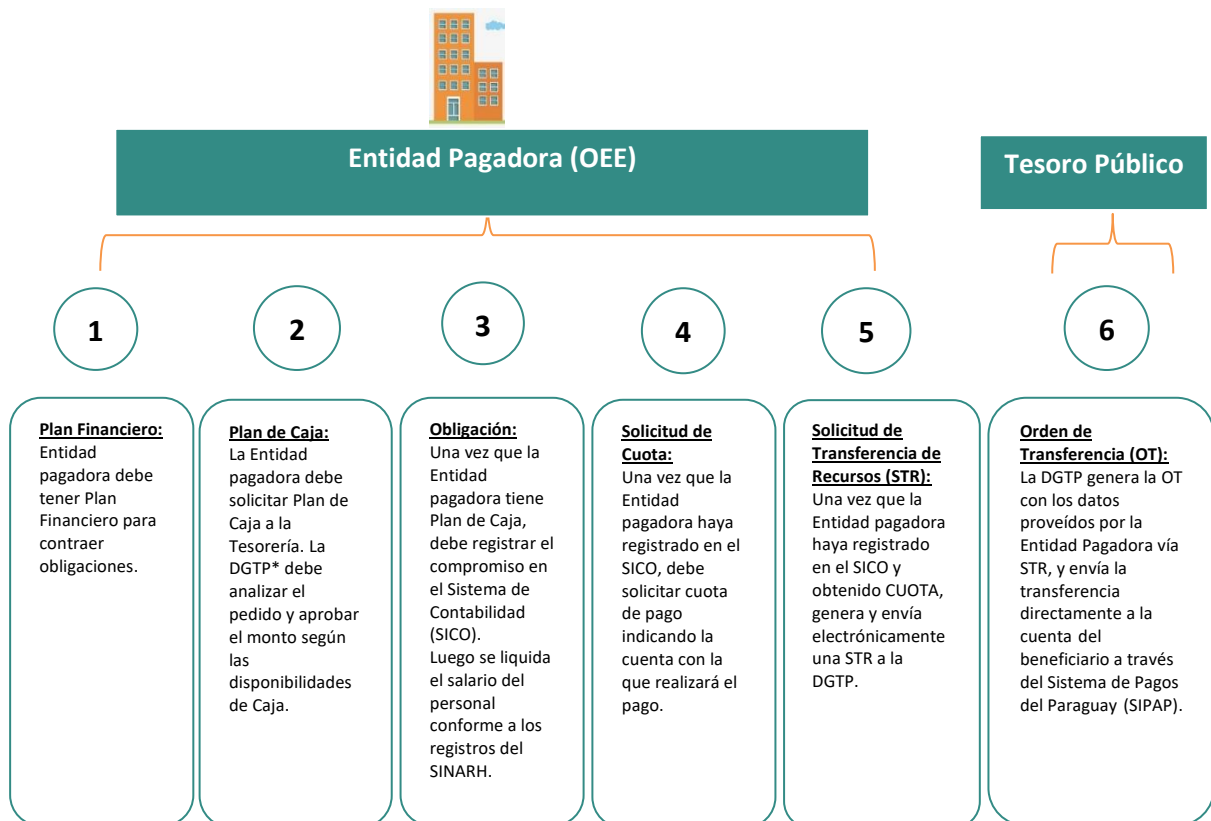
Fuente: Elaboración propia con base en datos Sistema Nacional de Recursos Humanos del MH

Al respecto, se ha analizado la base de datos del personal contratado, evidenciando que los registros del MSPyBS se encuentran por debajo de los registros del SINARH, y muy por debajo de los registros de vínculos del SINARH, lo que implica que una persona recibe remuneraciones salariales hasta por 4 vínculos, sin embargo, el registro del mismo no es consistente entre ambos sistemas, lo que genera distorsiones al momento de realizar el análisis.

Detallando el tipo de contrato, en promedio desde el año 2017 al 2021, el 73%, corresponde al personal de blanco, que será ampliado más adelante, considerando las categorizaciones que ocupan en los contratos.

Presupuestariamente, se hace notable dicha diferencia, aclarando que existen diferentes etapas en el proceso de pago para que finalmente se efectivice a cada personal. No obstante, el SINARH es el medio principal por el cual se contrastan la cantidad de contratos y vínculos para el desembolso del salario.

Gráfico N° 8: Etapas del proceso presupuestario para el pago del salario



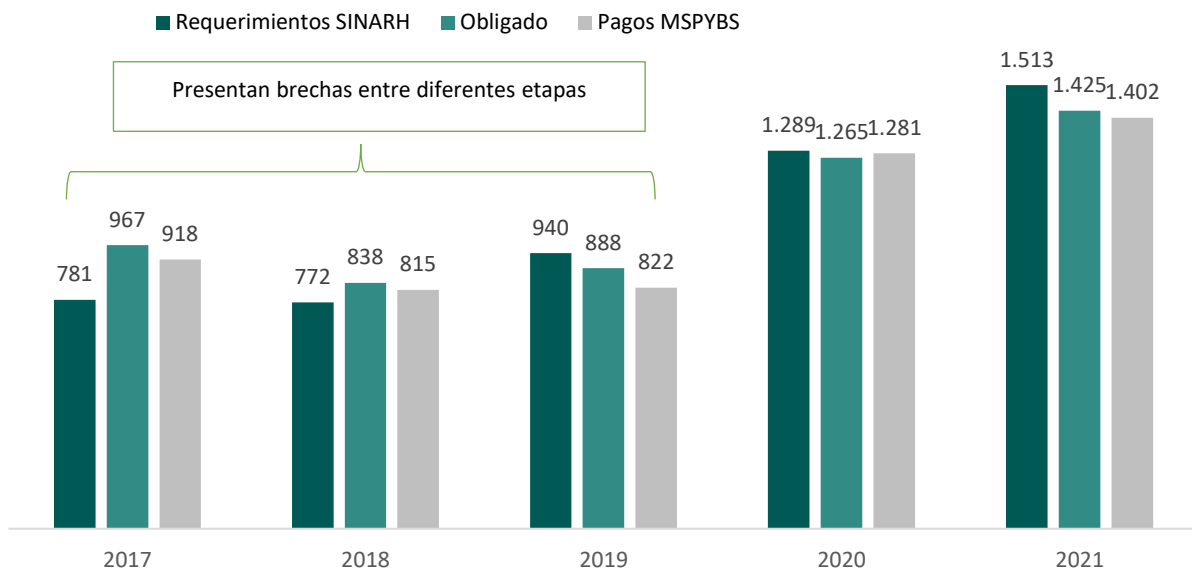
Fuente: Dirección General del Tesoro Público – Ministerio de Hacienda

***DGTP:** Dirección General del Tesoro Público

Teniendo en cuenta este proceso, a continuación, se exponen las diferencias en cuanto a los requerimientos del SINARH, las obligaciones del MSPyBS y lo realmente pagado al personal contratado. Esta situación presenta brechas importantes entre los años 2017 y 2018, puesto que los requerimientos del SINARH financieramente eran menores respecto a las obligaciones que se iban

dando, y éstos superiores a los pagos efectivamente realizados en cada periodo, generándose de esta manera deudas entre periodos fiscales.

Gráfico N° 9: Personal contratado (Objeto de Gasto 142) en diferentes etapas del proceso de pago



Fuente: Elaboración propia basado en los reportes del SIAF

Esta situación se ve revertida a partir del año 2019, las obligaciones y los pagos no cubrían la totalidad de lo registrado en el SINARH lo que supone una deuda flotante para los siguientes periodos fiscales que se va acotando a través de los años, conforme se observa.

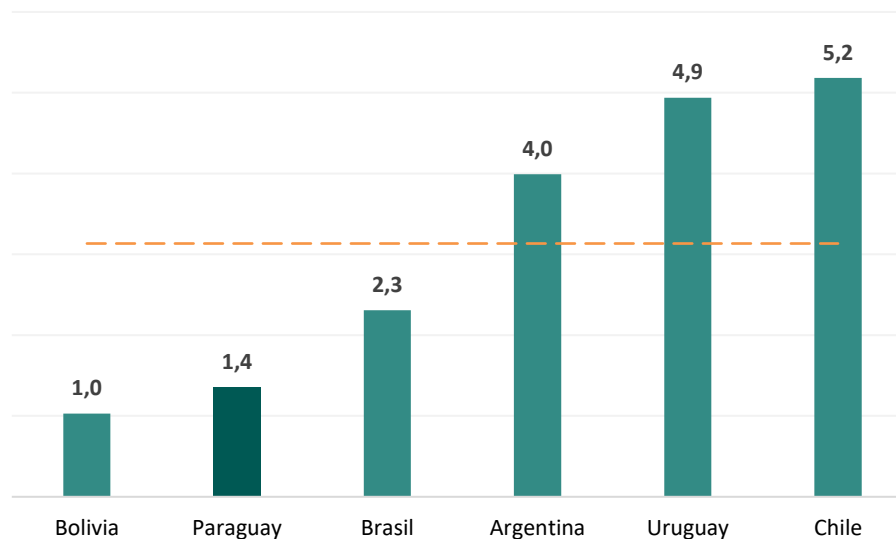
Con la pandemia por COVID-19 esta situación se regulariza en gran medida, la brecha entre diferentes etapas se suaviza, puesto que los recursos estaban enfocados en dotar de personal de blanco para salvaguardar el sistema sanitario y atender los contagios masivos. Para el año 2021, la situación vuelve a desequilibrarse, los requerimientos del SINARH son superiores a los que efectivamente se obligó y pagó, pero tomando como referencia estas dos últimas etapas (Obligación y Pago) la brecha es ínfima comparada a los años anteriores de la pandemia.

Análisis de la demanda en salud a partir de la dinámica demográfica

Cobertura Poblacional de la Salud Pública

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la cantidad de médicos por cada 1.000 habitantes, se realiza un análisis basado en la comparación de Paraguay con los vecinos del Mercosur³ y sus asociados. Se observa que al año 2018, de acuerdo al último informe del Banco Mundial para Paraguay, registra una tasa de 1,4 médicos por cada mil habitantes, quedando de esta manera en el penúltimo puesto, dentro del grupo de países del Mercosur, solo por delante de Bolivia, considerando la media regional de 3,1 médicos por cada mil habitantes.

Gráfico N° 10: Cantidad de médicos por cada 1000 habitantes



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial – BM

Nota: Para Paraguay y Chile, datos al 2018, Brasil al 2019 y Bolivia, Argentina y Uruguay al 2017

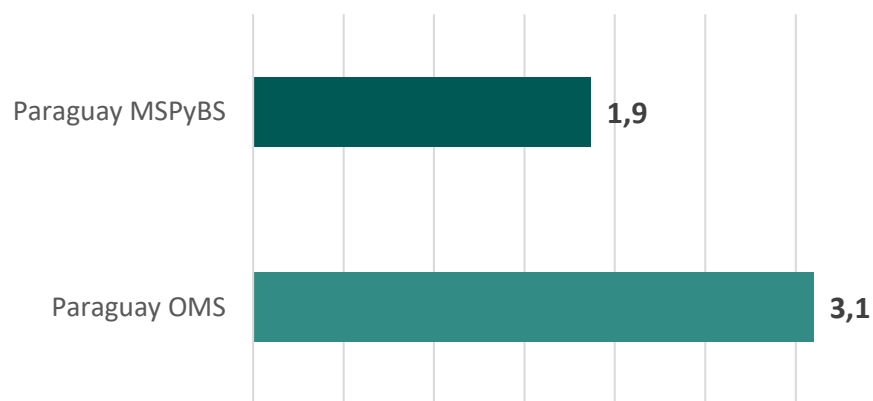
En esta línea, cabe señalar que, según los datos más actualizados brindados por el MSPyBS, después de todas las nuevas incorporaciones realizadas durante la pandemia, se estima que Paraguay contaría con una tasa equivalente a 1,9 médicos por cada mil habitantes, asumiendo este dato, en un escenario en donde los demás países referentes permanezcan constantes, el país de igual manera no alcanzaría

³ Se excluye a Venezuela por estar este país actualmente suspendido dentro del bloque regional

la media de toda la región de Latinoamérica que es de aproximadamente 3 médicos por cada mil habitantes, la misma media a nivel mundial según la OMS.

El valor calculado para Paraguay con datos del MSPyBS se da según planilla institucional del año 2018 compartida con el MH, en el que se indica que el sistema público tiene un total de 13.735 médicos y que excluye a los médicos residentes y pasantes. Esta diferencia en la tasa de médicos por habitantes se observa mejor en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 11: Médicos por cada 1000 habitantes - Paraguay



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Organización Mundial de la Salud

Nota: Los datos del MSPyBS son al 2022 y lo de la OMS al 2018

Según informe de la OCDE «Los datos para la mayoría de los países se refieren a médicos en servicio, que se define como el número de médicos que atienden directamente a pacientes. En muchos países, este número incluye internos y residentes (médicos en capacitación). Las cifras se basan en cálculos directos. República Eslovaca y Turquía también incluyen médicos que están activos en el sector salud, aunque pueden no atender a pacientes directamente, lo que agrega 5-10% a las cifras. Grecia, Chile y Portugal reportan el número de médicos con licencia para ejercer, lo que resulta en una sobreestimación mayor del número de médicos en servicio. Bélgica establece un umbral mínimo de actividades para que los médicos generales se consideren en servicio activo (500 consultas por año), lo que por el contrario resulta en una subestimación en comparación con países que no establecen este umbral. Los datos para India pueden estar sobreestimados ya que se basan en registros médicos que no están actualizados por migración, retiro o muerte, y no toman en cuenta médicos registrados en varios estados».



Estas informaciones se complementan con una realidad en donde los servicios de salud en Paraguay se organizan con una lógica vertical, con los servicios concebidos de manera jerárquica. En donde el primer grupo ocupan los puestos de salud sin capacidad resolutive; en el segundo están algunos centros de salud y hospitales distritales con capacidad para resolver problemas no complejos que no requieran de especialistas; y en el tercer grupo se encuentran hospitales regionales y nacionales especializados. La fragmentación está demostrada en que los programas de salud existen con una lógica vertical (desde el nivel central hacia lo local) y paralela entre ellos.

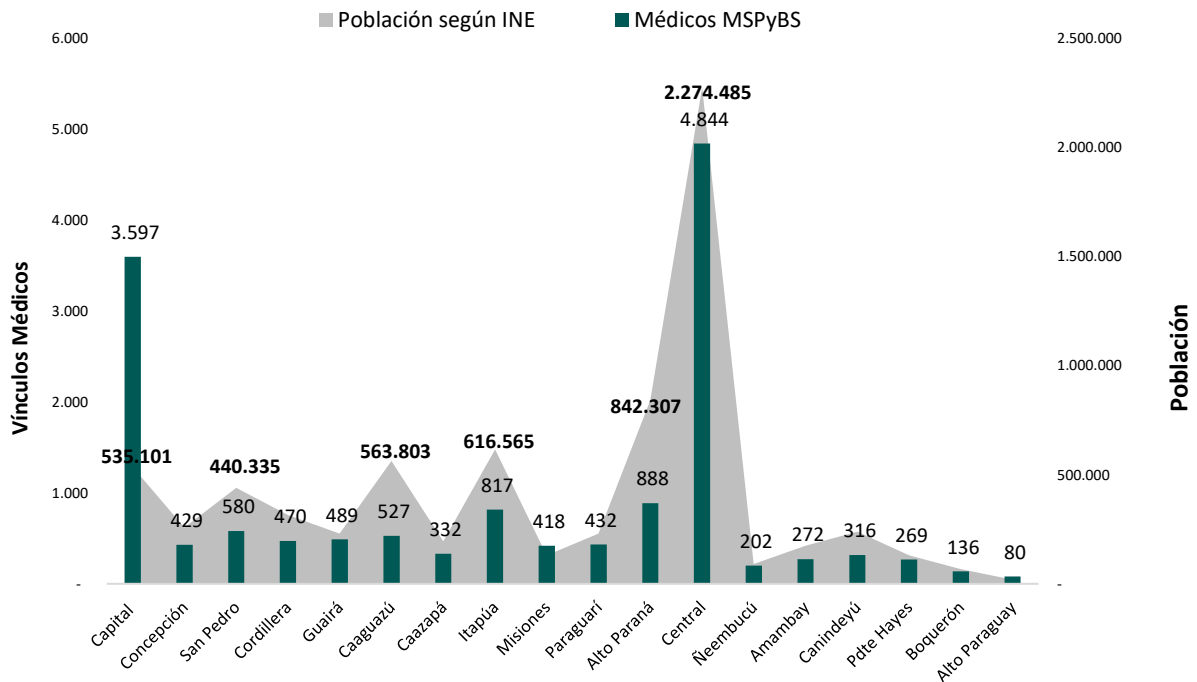
Distribución de médicos por departamento del país

Con base en los datos previamente analizados en el apartado anterior, se asume aquellos presentados por el MSPyBS en cuanto a la cantidad de médicos a nivel nacional desglosada por departamentos, disponible dentro del informe de BAGP elaborado por la entidad y reportado al MH.

Antes de adentrarse al análisis propiamente dicho, es importante mencionar la existencia de limitantes para contrastar los datos del BAGP con aquellos disponibles en el SINARH administrado por el MH, teniendo en cuenta que el mismo no asume una categorización del personal de blanco que permita identificar a los médicos como tal y además que no se establece la departamentalización de los vínculos (hasta 4 por personal de blanco); siendo la única fuente de información para este desglose, aquella proporcionada en forma impresa documental por el MSPyBS, aspecto que será contemplado como puntos a mejorar más adelante.

Ahora bien, tomando como referencia el último informe remitido para el cierre del año 2021, se había indicado la existencia de 50.570 vínculos de *trabajadores de blanco*, de los cuales 13.735 corresponde a la categoría de médicos y 1.373 a médicos residentes/pasantes; alcanzando 15.108 vínculos, que a efectos de este análisis se asume como total disponible en la categoría «médicos» para una población total de 7.353.038 habitantes, y cuyo desglose a nivel central y descentralizado presenta la siguiente distribución:

Gráfico N° 12: Distribución de vínculos de médicos por ubicación geográfica



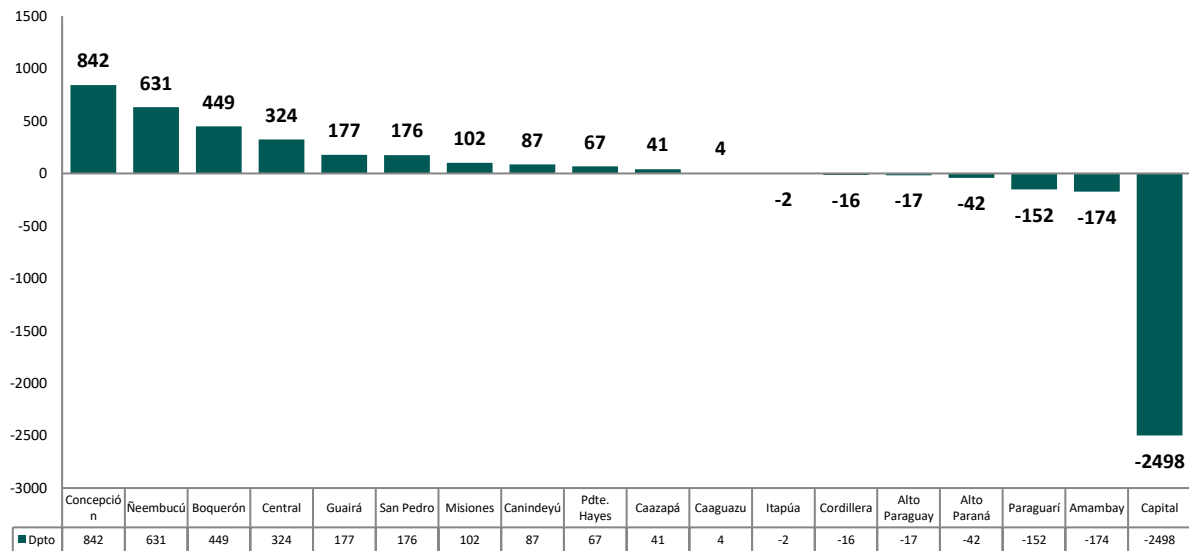
Obs.: Incluye médicos, médicos residentes, pasantes según clasificación de RRHH de Salud.

Fuente: Balance Anual de Gestión Pública del MSPyBS – Año 2021. INE, Proyección de Población.

Para el año 2021, existe una marcada concentración de vínculos médicos en el departamento Central (4.844) y la Capital (3.597), mientras las demás áreas no alcanzan valores de 1.000, habiendo un exceso de oferta en las áreas de concentración; evidenciando una disparidad en la oferta de servicios médicos en todo el territorio nacional, que se acentúa al tomar como referencia la población según su residencia y que obliga a las personas a trasladarse sobre todo a la capital del país para ser atendidas.

Tendiendo a un punto de equilibrio, se realiza un ejercicio de aplicación de un índice de referencia, calculado en base a la cantidad total de vínculos médicos existentes en un periodo determinado por cada 1.000 habitantes (2021), lo cual da un valor de 2,05; y en el supuesto que sea reflejado en forma equitativa por departamento, se puede notar las variaciones que implicaría en la distribución, en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 13: Cantidad por exceso y defecto de médicos requeridos por departamento

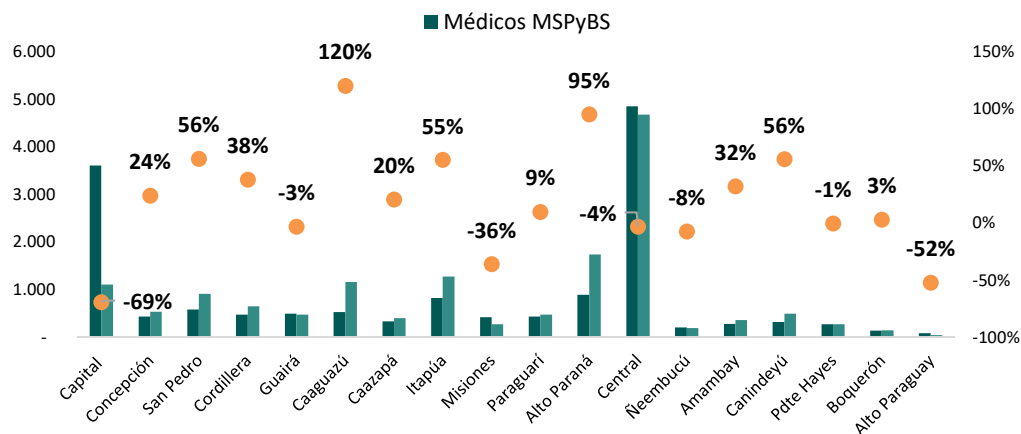


Obs.: Incluye médicos, médicos residentes, pasantes y sub., según clasificación de RRHH de Salud

Fuente: Balance Anual de Gestión Pública del MSPyBS – Año 2021. INE, Proyección de Población

En un escenario en donde se pudiera realizar una redistribución basada en el índice de referencia, las variaciones entre lo real y las cantidades equitativas se aprecian a continuación, en donde la Capital se configuraría con mayores variaciones, resultando una desconcentración en beneficio de los demás departamentos en comparación a como se encuentra actualmente.

Gráfico N° 14: Distribución de médicos conforme al índice de referencia por departamento.



Obs.: Incluye médicos, médicos residentes, pasantes y sub., según clasificación de RRHH de Salud.

Fuente: Balance Anual de Gestión Pública del MSPyBS – Año 2021. INE, Proyección de Población



Estas diferencias si bien son meramente referenciales, dan una idea de las brechas de atención sanitaria, de manera a apuntar a una optimización de recursos tanto físicos, materiales como humanos disponibles, que son factibles de analizarse como medida alternativa.

Es fundamental verificar el origen de la brecha, señalándose como una de sus causas más probables el acceso a infraestructura/equipamiento para la provisión oportuna de los servicios, con todos los requerimientos que implica: insumos básicos, consultorios, ambulancias, quirófanos, etc. sumado a profesionales con incentivo para ejercer la medicina en zonas estratégicas en términos de distancia, evitando el traslado hasta la capital de los pacientes tanto ambulatorios como de urgencia, que generaría bienestar y cobertura de necesidades en tiempo y forma oportuna.

En línea con lo anterior, se considera que los niveles de cobertura médica por cada 1.000 habitantes podían tener otras alternativas de solución dado que lo observado no es necesariamente una “falta” sino una “concentración” de la oferta en determinados puntos del país en forma aislada, que paralelamente viene acompañada de acceso a infraestructura y recursos para una atención de calidad.

La deficiencia en términos de infraestructura es un aspecto que no se limita a un sector en particular, sino que afecta a un conjunto de servicios entre los cuales se encuentra “Salud” y debe acompañar el incremento de personal de blanco para la cobertura a la población con miras a la eficiencia del sistema sanitario.

El contexto actual da la pauta de la necesidad de dotar al sector de mayor y mejor infraestructura/equipamiento y que esto se dé a nivel descentralizado, de manera a contar con puntos estratégicos para la atención sanitaria de la población y que incluso beneficiaría a aquellos estudiantes de las carreras de medicina y otras áreas de la salud que también se encuentran prestando servicios en hospitales de la capital, por la exigencia que conlleva las prácticas en los últimos años de estudio.

Es fundamental replicar la estrategia en tiempos de pandemia y dar tiempo al sector para prepararse en términos de recursos disponibles, apuntando a la eficacia y eficiencia, buscando en forma paralela mecanismos de incentivo al personal para desempeñar su labor en varios puntos del país, ofreciendo los requerimientos necesarios, asegurando la satisfacción no sólo del usuario sino del servidor médico.



Análisis rápido de la configuración de Programas Sustantivos de salud - 2022

Diseño de las principales intervenciones del MSPyBS

Programas Sustantivos

El MSPyBS cuenta con nueve Programas Sustantivos al año 2021, siete de ellos fueron diseñados durante el periodo de reestructuración presupuestaria (2020), y dos durante la emergencia sanitaria (2020-2021), los cuales son excluidos para el presente análisis ya que fueron diseñados e implementados de manera temporal.

La estructura y sus cualidades se detallan a continuación:

Tabla N° 1: Estructura presupuestaria de los Programas Sustantivos

Nro.	Denominación del Programa	Actividades	Indicadores
1	Acceso a la atención primaria de la salud	Servicios de atención primaria de la salud	1) Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes en el año t-1. 2) Porcentaje de personas atendidas en las USFS respecto de la población censada, en el año t. 3) Porcentaje de personas atendidas en las USFS respecto del total de habitantes del país en el año t. 4) Porcentaje de unidades de salud de la familia instaladas en relación a la USFS programada.
2	Servicios hospitalarios p/la reducción de la mortalidad	1- Servicios de atención Integral a la población de Concepción 2- Servicios de atención Integral a la población en los 17 departamentos	1) Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes en el año t-1. 2) Porcentaje de la población atendida en el departamento de concepción en el año t. 3) Porcentaje de la población atendida en los 17 departamentos.
3	Servicios de apoyo y diagnóstico p/ la	1- Obtención, producción y suministros de sangre.	



Nro.	Denominación del Programa	Actividades	Indicadores
	mejora en la atención	2- Habilitación y control de laboratorios de análisis clínicos. 3- Servicios laboratoriales 4- Gestiones integradas para la provisión de biológicos. 5- Intervenciones en casos emergencia Extra hospitalarias. 6- Provisión de medicamentos, insumos, instrumentos y equipos.	Id de la actividad Nro. 4 1) Porcentaje de cobertura con dos dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) 2) Porcentaje de cobertura con una dosis de SPR (sarampión, paroditis y rubeola) 3) Porcentaje de cobertura con tres dosis de vacuna pentavalente (difteria, tétanos, tos ferina, hib y hepatitis b. Id de la actividad Nro. 6 1) Porcentaje de establecimientos de salud abastecidos con insumos y medicamentos en forma oportuna en el año t.
4	Aumento de la cobertura en la atención a enfermedades especiales	1- Promoción y tratamiento de fibrosis quística y retardo mental. 2- Medicamentos para enfermedades lisosomales. 3- Atención integral a la población con enfermedades oculares. 4- Atención integral de población con enfermedades bucales.	1) Porcentaje de niños nacidos vivos que han realizado el test del piecito. 1) Cobertura de asistencia a pacientes con enfermedades lisosomales, durante el año t. 1) Porcentaje de personas atendidas con el servicio de salud ocular a nivel nacional en el año t. 1) Porcentaje de personas atendidas con el servicio de salud bucodental a nivel nacional en el año t.



Nro.	Denominación del Programa	Actividades	Indicadores
		5- Entrega de insumos para personas con ostomía.	1) Cobertura de pacientes ostomizados en el año t
		6- Asistencia a la población (anatomía y salud mental).	1) Porcentaje de personas que consultaron en los servicios de salud del MSPYBS con problemas psicosociales 2) Porcentaje de pacientes atendidos para estudios anatomopatológicos. 3) Porcentaje de personas con trastornos mentales y del comportamiento que consultaron en los servicios de salud del MSPYBS.
		7- Asistencia a la población (anatomía y salud mental).	4) Porcentaje de personas con síndrome de maltrato que consultaron en los servicios de salud del MSPYBS.
		8- Entrega de medicamentos, kit de parto y anticonceptivos	1) Porcentaje de partos realizados en el MSPYBS 2) Porcentaje de parejas protegidas dentro de la planificación familiar. 3) Porcentaje de embarazadas atendidas en emergencias obstétricas.
5	Seguridad alimentaria nutricional humana mejorada	1- Vigilancia alimentaria nutricional.	1) Porcentaje de inspecciones de establecimientos realizadas en relación a las programadas en el área de alimentos y nutrición. 2) Porcentaje de determinaciones de análisis de productos realizados en base a lo programado en el área de alimentos y nutrición



Nro.	Denominación del Programa	Actividades	Indicadores
		2- Sensibilización en temas de alimentación y nutrición.	3) Porcentaje de documentos sanitarios emitidos en el año t.
		3- Asistencia alimentaria nutricional.	1) Porcentaje de mujeres embarazadas que ingresaron al PANI en el año t. 2) Porcentaje de niños menores de 5 años que ingresaron al PANI en el año t.
6	Mejora en el bienestar social p/ personas en situación de riesgo.	1- Atención integral a la población adulta mayor. 2- Servicios sociales de atención integral a las personas en situación de riesgo. 3- Registro de entidades sin fines de lucro.	1) Porcentaje de personas adultas mayores atendidas. 2) Cobertura de atención a niños en los centros de bienestar de la infancia y familia (CEBINFA).
7	Acceso a los servicios de agua potable y saneamiento.		

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera

Estos programas se han diseñado tomando como referencia la identificación previa de los problemas que pretendían enfrentar con las acciones pertinentes. En ese sentido, se levantan algunos puntos, como hallazgos y sugerencias de mejora.



Tabla N° 2: Hallazgos y recomendaciones de la estructura de los programas sustantivos del MSPyBS.

Nro. y Denominación del Programa	Hallazgo	Recomendaciones
1 - Acceso a la atención primaria de la salud	<p>Esta intervención por esencia es una estrategia para hacer frente a problemas de enfermedades prevenibles, es decir es un medio que sirve para el logro de varios objetivos sanitarios.</p> <p>Existen problemas sanitarios en el país, cuyas acciones son atendidas por la APS a través de las USF's.</p>	<p>Analizar la posibilidad de reformular la estructura, de modo a que la cobertura sanitaria sea una forma de aplacar los principales problemas de salud prevenibles, cuyas tasas de mortalidad se encuentran reflejadas en las estadísticas sanitarias.</p> <p>Por otro lado, se recomienda incluir indicadores con metas de aquellas enfermedades prevenibles que se encuentran asociadas a esta estrategia, como las relacionadas al aparato circulatorio, salud mental, vida saludable, etc.</p>
2- Servicios hospitalarios p/la reducción de la mortalidad	<p>Esta intervención, responde a un esquema institucional de índole misional, la mortalidad depende de varios factores, en ese sentido, de la forma en la que se encuentra encarado el problema esto corresponde a un medio.</p>	<p>Para un programa sustantivo específico, el indicador vinculado a cada una de las estructuras de la actividad, pudiera relevar informaciones relacionadas a la calidad de la atención en aquellos puntos críticos, la satisfacción de los usuarios respecto a las consultas con los médicos, desarrollar indicadores de eficiencia de los principales servicios ofrecidos.</p> <p>También, se sugiere tener en cuenta a la problemática de urgencias por accidentes de tránsito, que como salud pública la entidad pueda mostrar a la</p>



Nro. y Denominación del Programa	Hallazgo	Recomendaciones
3- Servicios de apoyo y diagnóstico p/ la mejora en la atención	Se encuentran combinados indicadores y actividades relacionados a las enfermedades por muerte prematuras (cáncer) y los relacionados a la mortalidad infantil, las intervenciones en caso de emergencia extra hospitalarias entre otros.	<p>población las estrategias, costos e intervenciones que representan, considerando que es un problema la alta tasa de mortalidad y situación de dependencia con la que se quedan muchos accidentados; se sugiere la inclusión y adaptación de los indicadores.</p> <p>Este programa responde a una actividad o tarea dentro de un servicio integral de salud, en sí no responde a un problema específico para ser considerado un programa sustantivo.</p> <p>Se visibiliza la posibilidad de 3 problemáticas que pueden ser agrupadas como programas sustantivos:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Salud materno neonatal;2) Prevención y control del cáncer;3) Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
4- Aumento de la cobertura en la atención a enfermedades especiales	Las enfermedades especiales del tipo congénito, no se pueden evitar que ocurran, por tanto, no poseen un inicio y un fin como para ser considerados como sustantivos, se encuentran mezclados con otros que sí pueden abordarse como un problema de salud pública.	Se recomienda la revisión y adecuación de la estructura programática de modo a separar aquellas que son de tinte misional de las que no lo son. Ejemplo: los relacionados al maltrato físico, psicológicos y otras enfermedades



Nro. y Denominación del Programa	Hallazgo	Recomendaciones
	<p>Se verifica la inclusión de elementos de atención a la planificación familiar y entrega de kit de parto en esta actividad.</p> <p>Posee un proyecto vinculado entrega de medicamentos, kit de parto y Anticonceptivos (el embarazo como tal, no se encuentra catalogado como una enfermedad).</p>	<p>mentales y psicosociales, enfermedades bucales, oculares, etc.</p> <p>Realizar las adecuaciones de la estructura programática para que guarde una consistencia lógica entre los objetivos, las actividades y los indicadores asociados a metas alcanzables sobre aquellos problemas que aquejan a la población paraguaya.</p>
5- Seguridad alimentaria nutricional humana mejorada	<p>Como muchas de las enfermedades se dan por una mala nutrición y esto generalmente afecta más a los niños en este programa, se podría abordar el problema de la desnutrición infantil y la muerte materna.</p>	<p>Podría reformularse con indicadores de resultados y establecer las demás acciones necesarias para aplacar el problema, considerando que dentro del reporte también se encuentran aspectos en común:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS).• Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos.
6- Mejora en el bienestar social p/ personas en situación de riesgo.	<p>Posee actividades de tipo continuo (atención a niños en centros) y otro misional o administrativo (registro de ONG's)</p>	<p>De acuerdo a la problemática, este programa no presenta características para ser un programa sustantivo, puesto que los servicios brindados actualmente responden a actividades misionales y de gestión de recursos, siendo características del tipo de programa</p>



Nro. y Denominación del Programa	Hallazgo	Recomendaciones
7- Acceso a los servicios de agua potable y saneamiento.	Las acciones realizadas por el MSP y BS en el sector comparten competencias con el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC) y otros. Por lo que su cobertura focalizada (comunidades de hasta 10.000 habitantes) contribuye hasta cierto punto a la problemática nacional, sin embargo, en el ámbito sanitario sus resultados son transversales a diferentes programas, fundamentado en la reducción de enfermedades que pueden ser prevenidas con el acceso al agua potable.	Central. En ese sentido, podrían desarrollar indicadores que midan la calidad de los servicios entregados. Considerar mecanismos que apunten a la mejora de la coordinación de las Instituciones involucradas en el sector, con miras a no duplicar esfuerzos e incrementar la eficacia y eficiencia de los servicios y que sean medibles a través de indicadores estratégicos que denoten los avances como contribución al sector. Analizar la clase de programa, considerando su posición como ejecutor y focalización de zonas específicas para el abordaje.

Fuente: Elaboración propia con reportes del SIAF.

Analizando los programas sustantivos, se concluye que se deberían realizar adecuaciones a la estructura programática vigente, pues, no permite diferenciar las problemáticas con un sentido lógico tanto de los resultados, como objetivos e indicadores, cuyas metas son dispersas, ambiguas sobre los objetivos a mediano plazo sobre temas que aquejan a la salud paraguaya, lo que hace difícil el seguimiento de los avances de indicadores relevantes.

Considerando los principales problemas sanitarios, de acuerdo al informe de estadistas de salud⁴ del año 2020, se visibiliza que el alto número de suicidios y muertes por accidentes de tránsito entre otros,

⁴ <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2021/09/IBS-2020.pdf>



son resaltantes. Por otro lado, se deberían realizar priorizaciones de aquellas enfermedades prevenibles en las intervenciones para las zonas o departamentos con alta tasa de mortalidad.

Así también, en las estructuras citadas como problemas, se mencionan a las muertes relacionadas a enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio, oncológicas, y a aquellas que hacen mención a la mortalidad materno infantil, maltrato físico, psicológico, problemas psicosociales; que podrían desarrollar acciones concretas para su reducción medidos con indicadores de desempeño.

Por otra parte, en cuanto a los indicadores de las actividades misionales vinculados al Programa Central, se sugiere la incorporación de aquellos que miden el desempeño.



Conclusiones y Recomendaciones

El sistema de salud paraguayo ha enfrentado grandes desafíos para alcanzar una cobertura equitativa y de calidad para todos.

De acuerdo a las estadísticas consultadas y estimaciones realizadas, la distribución de los recursos se encuentra fragmentada desde el capital humano hasta lo estructural, lo que lleva a que se produzcan algunos desajustes respecto a la capacidad de atención poblacional conforme al área de residencia, dada su concentración en la Capital y área Central.

Por el lado de los datos y las informaciones puestas a disposición de la ciudadanía, el MSPyBS como organismo rector tiene un importante reto en materia estadística, que consiste fundamentalmente en mejorar la calidad y criterios para el cálculo de los índices y de la agrupación de profesionales.

En estos últimos años, y con el fuerte impacto de la pandemia en este sector, Paraguay ha emprendido una serie de inyección de capacidades (estructural y humana) que han logrado sentar las bases para un nuevo enfoque de la atención sanitaria, con mejor y mayor atención desde el punto de vista de la oferta de servicios.

Para lograr que estos avances sean sostenibles, el MSPyBS tendrá que redoblar sus esfuerzos y actuar estratégicamente para lograr remodelar en forma exitosa su sistema, dando uso eficiente a los recursos que hoy tiene.

Finalmente, y en base al análisis de programas existentes y la forma en que se están aplicando desde el punto de vista del diseño, se recomienda realizar una reestructuración de los programas, con objetivos e indicadores que visibilicen el sentido lógico de las intervenciones, teniendo en cuenta los principales problemas que aquejan al país de acuerdo a los datos estadísticos manejados por la entidad, cuyos resultados puedan ser influidos directamente por la rectoría o ejecución del MSPyBS.



Bibliografía

Asamblea Nacional Constituyente. (1992). Constitución Nacional. Asunción.

Congreso Nacional. (2000). Ley N° 1626/2000 de la Función Pública.

Congreso Nacional. (2022). Decreto N° 6581/2022 que reglamenta la ley de presupuesto.

Congreso Nacional. (2022). Ley N° 6873/2022 que aprueba el Presupuesto General de la Nación.

Ministerio de Hacienda. (2021). Clasificador presupuestario.

Ministerio de Hacienda. (2021). Sistema Nacional de Recursos Humanos.

Ministerio de Hacienda. (s.f.). Sistema Integrado de Administración Financiera.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2021). Balance Anual de Gestión Pública.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (s.f.). Indicadores básicos de Salud - Paraguay 2020.

Obtenido de <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2021/09/IBS-2020.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Obtenido de

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2019). Extraído del Health at a Glance 2019. París:

[https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/8b_M%C3%A9dicos%20\(n%C3%BAmero%20total\)_FINAL.pdf](https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/8b_M%C3%A9dicos%20(n%C3%BAmero%20total)_FINAL.pdf).

Perú, M. d. (2021). http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_1.pdf.

Dirección General de Presupuesto

Subsecretaría de Estado de Administración Financiera
Ministerio de Hacienda

 dgp@hacienda.gov.py

 www.hacienda.gov.py



Ministerio de
HACIENDA



PpR
Presupuesto
por Resultado

 **GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*