



*Indicadores de Derechos Humanos:*

# Derecho a la Salud





*Indicadores de Derechos Humanos:*

# Derecho a la Salud



Esta es una publicación de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo de la República del Paraguay, realizada con el apoyo técnico del Ministerio de Justicia y Trabajo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos y con el acompañamiento de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

**Diciembre, 2012.**

1ª edición, 2012

**Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo (RDDHHPE)**

Mcal. López esq. Choferes del Chaco.

Asunción, Paraguay

Publicado por RDDHHPE

Impreso en Paraguay

Diseño gráfico: [capsulamail@gmail.com](mailto:capsulamail@gmail.com)

Ilustración de tapa: Susana Amarilla

El material contenido en esta publicación puede citarse o reproducirse libremente, a condición de que se mencione su procedencia y se envíe un ejemplar de la publicación que contenga el material reproducido, a la RDDHHPE en Paraguay

## **INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS: DERECHO A LA SALUD**

### **PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA**

- Don Federico Franco Gómez – Presidente

### **MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRABAJO**

- Doña Lorena Segovia Azucas – Ministra
- Don Carlos María Aquino – Viceministro de Justicia y Derechos Humanos

### **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**

- Don Antonio Arbo Sosa – Ministro
- Don Félix Ayala – Viceministro

### **DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, ENCUESTAS Y CENSOS**

- Doña Zulma Sosa de Servín, Directora General

### **COORDINACIÓN TÉCNICA**

Tania María Abdo Rocholl, Directora General - Dirección General de Derechos Humanos. MJT  
Vanessa Napout, Dirección General de Derechos Humanos. MJT  
Mirta Parquet, Dirección General de Derechos Humanos. MJT  
Lujan Ruiz Díaz, Dirección General de Derechos Humanos. MJT  
Rosa Galeano, Dirección General de Derechos Humanos. MJT  
María Elena Rivarola, Responsable - Unidad de Derechos Humanos. MSPyBS  
Alicia Santa Cruz, Unidad de Derechos Humanos. MSPyBS  
Evangelina Giménez, Unidad de Derechos Humanos. MSPyBS  
Alicia Álvarez Alvarenga, Dirección de Planificación y Coordinación Estadística. DGEEC  
Elizabeth Barrios, Dirección de Planificación y Coordinación Estadística. DGEEC

### **COOPERACIÓN TÉCNICA ACNUDH**

- Liliana Valiña, Asesora en Derechos Humanos para Paraguay
- Iris Rojas, Oficial Nacional
- Ariana Escobar Carísimo, Consultora
- Javier Chamorro, Consultor

### **EQUIPO TÉCNICO**

Carlos Seall, Francisco Hermosilla, Francisco Gómez, Ricardo Kopansky, Sirley Prieto, Carmen Martinetti, Celeste P. Jara Zárata, María Cristina Retamozo, Liliana Gaona, Ma. José Lerea, María de las Nieves Insfran, Ninfa Gonzalez, Agueda Fleitas, Marta Olmedo, Susana Sanchez, Mirta Mendoza, Ana Frachi, Nilda González, Juana Redondo, Patricia Lima, Beatriz Cohenca, Emilio Ferreira, Liza Avalos Flecha, Graciela de Balmelli, Nilsa Sosa, Lisa Riveros, Lida Acuña, Carolina Ravera, Lucía Bogado, Cecilia Crosa, Rosa Palau, Joaquina Achucarro, Esther Chamorro, , Manuelita Escobar, Luis María Duarte, Mabel Cubilla, Nilda Céspedes, María José Méndez, Juana Sanabria, Sebastián Scavone, Silvia López, Luis Daniel Segovia, Andrés Osorio, Ma. Elisa de Fernández, Julia Fernández, Sandra Sánchez, Teresa Quiñones, Zunilda Pereira, Diana Ortigoza, Regina Flores, Emiliana G. de Nardi, Doris Ojeda, Soledad Cáceres, Gabriela Ardissonne, Ramona Lezcano, Esmelda Acosta, Meide Pérez, Ernesto Abdala, José Martínez, Claudia Merlos, Carlos Gorostiaga, Diego García, Alice Romero, Cristina Guillén, Gladys Giménez, Liliana Gaona, Dolly G. Franco, Alberto Bareiro, Sonia Rojas, Sebastián Toruno, Carmen Martínez, Dalila Zarza, Mirna Vera, Paula Bemutti, Eduarda

Ramírez, María Gatti, Liza Cáceres, Amalia Brizuela, Miriam Mancuello, Juan B. Rivarola, Julia Rodas, Gilda Espínola, Agustín Presentado, Alba E. Navarro Garay, Rubén Ayala, Ana Franco, Mirta Mendoza, Liza Cáceres, Ricardo Báez, Oscar Vellacich.

*Observación: las menciones responden al agradecimiento por la valiosa colaboración prestada, no significa la conformidad con la totalidad del contenido del documento.*

## Contenido

INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS: DERECHO A LA SALUD	3
GLOSARIO	8
Presentación	10
Antecedentes	16
Contextualización	16
Marco Metodológico	17
Definición de indicadores de derechos humanos	18
Indicadores Estructurales	18
Indicadores de Proceso	19
Indicadores de Resultado	19
Indicadores de Ilustrativos de Derechos Humanos de la ACNUDH	20
Aplicación de la metodología en Paraguay	21
INDICADORES ESTRUCTURALES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD	23
ATRIBUTO 1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	31
ATRIBUTO 2 SALUD INFANTIL	38
ATRIBUTO 3 ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS	43
ATRIBUTO 4 ENTORNO NATURAL Y DEL TRABAJO	49
ATRIBUTO 5 PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES	56
El Derecho a la Salud y Algunos Grupos Específicos	59
INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD	75
INDICADORES TRANSVERSALES A TODOS LOS ATRIBUTOS	75
Gasto público en salud	78
Gasto público en salud per cápita	81
Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto	83
Recursos financieros de cooperación externa orientado al sector salud	85
INDICADORES DEL ATRIBUTO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	87
Porcentaje de parto institucional	89
Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado	91
Porcentaje estimado de nacidos vivos cuyas madres han tenido al menos cuatro consulta de control prenatal	93
Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 44 años de edad	95
Porcentaje de niños nacidos de mujeres de 10 a 19 años de edad	97
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	100
Número de atenciones post- aborto realizadas en establecimientos públicos	102
Año Protección Pareja	104
Razón de mortalidad materna registrada	107
Tasa de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer cérvico-uterino	

por 100 mil mujeres	110
Tasa de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por 100 mil mujeres	112
<b>INDICADORES DEL ATRIBUTO: SALUD INFANTIL</b>	115
Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad	117
Cobertura de vacunación con OPV3 en niños y niñas menores de 1 año de edad	119
Cobertura de vacunación con PENTA3 en niños y niñas menores de 1 año de edad	122
Cobertura de vacunación con SPR en niños y niñas de 1 año de edad	124
Porcentaje de municipios que alcanzan cobertura optima de vacunación	127
Tasa registrada de mortalidad infantil	133
Tasa estimada de mortalidad infantil	136
Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad	138
Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global (DG<5años)	141
Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición crónica	143
Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con riesgo de desnutrición global (RDG<5años)	145
Porcentaje registrado de mujeres embarazadas con bajo peso	147
<b>INDICADORES DEL ATRIBUTO: ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS ESENCIALES</b>	149
Médicos/as por cada 10 mil habitantes	151
Porcentaje de la población con seguro médico	153
Camas por cada mil habitantes	155
<b>INDICADORES DEL ATRIBUTO: ENTORNO NATURAL Y DEL TRABAJO</b>	157
Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable)	159
Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado	161
Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada	163
<b>INDICADORES DEL ATRIBUTO: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES</b>	165
Tasa registrada de incidencia de la malaria por cada mil habitantes	167
Tasa de incidencia de tuberculosis	170
Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar BK (+) detectados y curados por Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)	173
<b>INDICADORES DEL ATRIBUTO: ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS ESENCIALES //// PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES</b>	175
Tasa de incidencia del VIH/SIDA por cada 100 mil habitantes	177

Embarazadas alcanzadas con CTV para VIH y Sífilis	180
Tasa de mortalidad por tuberculosis por cada 100 mil habitantes	182
Tasa de mortalidad por homicidio	184
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	186
Mortalidad proporcional por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años de edad	188
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte	191
Tasa de mortalidad por suicidio	194
Esperanza de vida al nacer	196
MATRIZ DE INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS DE LA SALUD	199

## GLOSARIO

<b>MJT</b>	Ministerio de Justicia y Trabajo
<b>MSPyBS</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<b>ACNUDH</b>	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
<b>CIDH</b>	Corte Interamericana de Derechos Humanos
<b>SNNA</b>	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
<b>INDI</b>	Instituto Nacional del Indígena
<b>DGEEC</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
<b>IPS</b>	Instituto de Previsión Social
<b>MI</b>	Ministerio del Interior
<b>IRA</b>	Infecciones respiratorias agudas
<b>EPU</b>	Examen Periódico Universal
<b>RDDHHPE</b>	Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo
<b>PNDH</b>	Propuesta de Plan de Acción en Derechos Humanos
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>STP</b>	Secretaría Técnica de Planificación
<b>EPH</b>	Encuesta Permanente de Hogares
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>DESC</b>	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PIDCP</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
<b>CERD</b>	Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial
<b>CDN</b>	Convención sobre los Derechos del Niño
<b>CEDAW</b>	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>SEAM</b>	Secretaría del Ambiente
<b>SENASA</b>	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
<b>CRPD</b>	Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
<b>DESC</b>	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>CMW</b>	Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares
<b>CDE</b>	Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas
<b>PNSSR</b>	Plan Nacional de Salud sexual y reproductiva
<b>VBG</b>	Violencia basada en Género
<b>PRONASIDA</b>	Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS
<b>INTN</b>	Instituto Nacional de Tecnologías, Normalización y Metrología
<b>SAU</b>	Servicio de Atención al Usuario
<b>RAC</b>	Sistema de Recepción, Acogida y Clasificación
<b>CIFARMA</b>	Cámara de Industria Química Farmacéutica
<b>CAPACINFAR</b>	Cámara Paraguaya de Compañías de Investigación Farmacéutica
<b>CAFAPAR</b>	Cámara de Farmacias del Paraguay
<b>CAFAP</b>	Cámara Paraguaya de Cadenas de Farmacias
<b>AIEPI</b>	Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
<b>HC</b>	Hipotiroidismo congénito
<b>PKU</b>	Fenilcetonuria

<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>PROAN</b>	Programa nutricional a niños y mujeres embarazadas
<b>SISVAN</b>	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional
<b>INAN</b>	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
<b>PGGN</b>	Presupuesto General a Nación
<b>MH</b>	Ministerio de Hacienda
<b>BCP</b>	Banco Central del Paraguay
<b>DGPE</b>	Dirección General de Planificación Estratégica
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>DIGIEV</b>	Dirección General de Información Estratégica en Salud
<b>SSIEV</b>	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales
<b>CEPEP</b>	Centro Paraguayo de Estudios de Población
<b>ENDS</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990
<b>ENMI</b>	Encuesta Nacional Materno Infantil 1998
<b>ENSR</b>	Encuesta nacional de Salud Reproductiva 1995/6
<b>ENSSR</b>	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004
<b>ENDSSR</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008
<b>IBS</b>	Indicadores Básicos de Salud
<b>IPA</b>	Incidencia Parasitaria Anual
<b>SENEPA</b>	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo
<b>PARINFO</b>	Sistema Integrado de Datos ParInfo
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>TAES</b>	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
<b>CTV</b>	Consejería y testeo voluntario
<b>CP</b>	Indicadores a corto plazo
<b>MP</b>	Indicadores a mediano plazo
<b>LP</b>	Indicadores a largo plazo

## Presentación

El desarrollo y la realización del sistema de derechos de una nación dependen en gran medida del compromiso que asuman los poderes públicos y la ciudadanía. En dicho contexto, el reto del Paraguay es alcanzar un modelo de país en el que exista conciencia pública del valor de los Derechos Humanos y su necesaria primacía en las políticas internas.

En ese sentido son numerosas las acciones, realizadas desde el Ministerio de Justicia y Trabajo, que a través del Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos coordina la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, por lo que es importante referir que dichas acciones no se han agotado en sí mismas, sino que han tenido una continuidad en otras tareas de carácter eminentemente técnico, como la construcción de *“Indicadores en materia de Derechos Humanos”*, específicamente, por el momento, en lo que respecta al *“Derecho a la Salud”*.

Los indicadores componen un mecanismo interno de monitoreo y evaluación permanente, con base en lineamientos metodológicos que permitan incorporar ajustes o variaciones para salvar la distancia entre la realidad y el estándar o meta deseada en materia de Derechos Humanos.

En otras palabras, los indicadores constituyen el puente entre el discurso de Derechos Humanos y las Políticas de Desarrollo. En tanto el indicador se refiere a una dimensión particular de un derecho, el camino no es otro que modificar el valor del indicador en dirección hacia la meta o “estado deseado”, convirtiéndose en una guía, un libreto coherente, riguroso y organizado para el desarrollo las políticas públicas.

Dichas herramientas tienen múltiples posibilidades de utilización, siendo fundamentalmente eficaces para la formulación de mejores políticas y el monitoreo de sus progresos; la determinación de los efectos no deseados de leyes y prácticas; la identificación de qué actores influyen en la realización de los derechos y si los mismos están cumpliendo sus obligaciones; la anticipación de posibles violaciones de derechos y la adopción de eventuales medidas preventivas; el fortalecimiento del consenso social respecto de decisiones cuestionables que deban adoptarse producto de la limitación de recursos, y; la puesta en evidencia de cuestiones que han sido desatendidas o silenciadas.

De todo esto dimana su necesaria utilización para distinguir la correcta orientación que debe seguirse en el ámbito de los Derechos Humanos, tanto por parte del Estado – su principal garante –, como por la sociedad organizada o la comunidad internacional, en sus distintos roles. En ausencia de esta metodología, a una nación no le queda sino dejarse guiar por meras sensaciones

de cumplimiento de tal o cual derecho basadas en una improvisación en la materia, lo que tornará más complicado el alcance de las metas trazadas.

En nuestra experiencia, el proceso de elaboración de indicadores en el ámbito del Derecho a la Salud pasó por varias etapas. Inicialmente se llevó a cabo un ***“Taller de Intercambio de Experiencias sobre la Construcción de indicadores en los Derechos a la Educación, Salud, Agua y Saneamiento”***, con apoyo técnico de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; que sirvió para contextualizar el tema en cuestión y propiciar el compromiso de las entidades participantes.

Con posterioridad fueron llevados a cabo seis talleres sectoriales de revisión, selección y validación de indicadores en los que se debatió y enmarcó el asunto de estudio con técnicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Organización Panamericana de la Salud, la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, los miembros de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo y otras instituciones vinculadas al Derecho a la Salud. Asimismo, fueron realizadas más de veinte jornadas de trabajo en gabinete con el equipo de coordinación del documento, para su meticulosa revisión y, como corolario, se realizaron dos socializaciones del documento final.

Manifiesto mi confianza en que este material importará un formidable progreso hacia la efectiva concreción de los Derechos Humanos. Resulta por ello acertado esperar que, con la implementación de indicadores propios del sistema paraguayo, dejemos de observar las estadísticas desde un enfoque frío e indolente y, en contrapartida, demos a estos datos la importancia que deben tener a la luz del objetivo central de la actividad estatal: el respeto y la protección efectiva de los derechos humanos, con la participación de todos los actores políticos y sociales necesarios.

**María Lorena Segovia Azucas**

Ministra

Ministerio de Justicia y Trabajo

---

### **Contribución de los derechos humanos a los esfuerzos de la salud pública: Uso de Indicadores.**

A lo largo de la historia, la humanidad ha reaccionado en diferentes ocasiones a las injusticias, con periodos de complacencias por acción u omisión que no dejan de ser actuales. En respuesta a ellas la civilización en diversos periodos de su historia ha producido diferentes alianzas o acuerdos que aseguran los derechos inalienables de las personas. Sin embargo, la salud desde una visión de derechos humanos no siempre ha estado presente. Es la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas proclamada el 10 de diciembre de 1948 la que taxativamente, en su Art.25 compromete a la salud, al establecer: ***“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.***

Si se quiere determinar el impacto real de los derechos humanos en la eficacia de las iniciativas de la salud pública, es preciso determinar con claridad cómo se incorporan los esfuerzos en materia de salud y como habrán de ser evaluados en el mismo contexto. Una herramienta para alcanzarlos son los indicadores. Los indicadores son componentes que miden aspectos de la condición social o calidad de vida de una sociedad o de un subgrupo social y representan variables con características de calidad, cantidad y tiempo utilizado para medir, directa o indirectamente, cambios en una situación y para apreciar los progresos en el curso del tiempo. Proporcionan así una referencia la cual debe utilizarse para medir la calidad y la eficiencia de una gestión pública.

Aunque el uso de indicadores está muy extendido en el campo de la salud pública, su utilización desde la perspectiva de los derechos humanos no se ha desarrollado de manera adecuada. Desde esta perspectiva, los indicadores deben permitir la medición de cuestiones de importancia fundamental para el desarrollo y los derechos de la población, con énfasis en los grupos poblacionales más desprotegidos, como infancia, mujeres, embarazadas, pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana y población pobre, entre otros. En el mismo sentido de los derechos humanos, los indicadores deben abarcar también la dimensión comunitaria en salud, incluyendo el agua y ambiente, así como la dimensión de género. Los indicadores en salud en el campo de los derechos humanos también permiten conocer el grado de participación del gasto en salud en el presupuesto general de la nación así como la proporción que representa en referencia al producto interno bruto del país.

La presente publicación de Indicadores de salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos

está dirigida a profesionales, evaluadores y técnicos que trabajan en el ámbito de los derechos humanos. Representa la culminación del esfuerzo interdisciplinario que involucró en forma principal, aunque no exclusivamente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y al Ministerio de Justicia y Trabajo. La consideración de los mismos servirá como una poderosa herramienta que permitirá evaluar el grado de compromiso en el tiempo de nuestra sociedad, con los derechos humanos.

**Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa**

Ministro

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

---

## Presentación

La adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha marcado mundialmente el inicio de un proceso que ha permitido avances sin precedentes en las últimas décadas, en particular mediante el desarrollo de normas e instituciones para la protección de los derechos y libertades fundamentales. No obstante ese valioso marco normativo e institucional, uno de los principales desafíos que enfrentan los Estados en la actualidad es lograr que el conjunto de normas y estándares de derechos humanos que han reconocido, tanto a nivel internacional como a nivel nacional, pueda traducirse en realidades concretas en la vida de todas las personas.

Para avanzar en la realización de los derechos humanos, es necesario contar con información que permita valorar y medir el progreso, el impacto y los resultados específicos de las acciones adoptadas y las políticas implementadas, así como los eventuales obstáculos para el logro de los objetivos. Es en este marco que la elaboración de indicadores que arrojen datos e información estadística es de gran utilidad para conocer mejor la realidad y realizar los ajustes que sean necesarios para ampliar, mejorar o fortalecer el marco de acceso, goce y protección de los derechos humanos de los distintos grupos de población, en especial aquellos en mayor situación de vulnerabilidad, discriminación o exclusión.

Frente a estos retos, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACNUDH) desarrolló un sistema metodológico de medición a través de indicadores de derechos humanos que sirven de herramienta para evaluar la implementación de los esfuerzos nacionales en la materia. La aplicación de un sistema confiable de indicadores que arroja información detallada sobre las poblaciones que se están beneficiando de las políticas públicas, el alcance que éstas tienen y, sobretudo, los retos en términos de la progresiva garantía y respeto de todos los derechos para todas las personas fortalece la capacidad del Estado en la consecución efectiva de los logros buscados.

La puesta en práctica del sistema de indicadores permite hacer comparaciones confiables entre poblaciones desglosadas por distintos criterios, tales como edad, género, origen étnico, estatus socioeconómico, lugar de residencia, de tal manera que los programas y las políticas públicas en materia de derechos humanos puedan responder adecuadamente a las necesidades específicas de cada grupo de población y alcanzar un impacto positivo e integral.

A través de indicadores estructurales, de proceso y de resultado, la metodología trabajada permite reflejar el compromiso, los esfuerzos y los resultados del Estado y de las entidades responsables

en la búsqueda de mejorar el goce y protección de los derechos de su población. Mientras que los indicadores estructurales reflejan el marco normativo, político e institucional de un Estado para la protección de un derecho, los de proceso reflejan los avances en el desarrollo de las políticas públicas o programas. Los indicadores de resultado, a su vez, describen los logros, individuales y colectivos que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto.

Paraguay ha venido integrando experiencias innovadoras, tomando en cuenta las lecciones aprendidas de sus propias vivencias y la de otros países como una forma de potenciar sus esfuerzos y racionalizar sus recursos para alcanzar los objetivos en términos de la generación de espacios y condiciones para una progresiva mejora en la situación de los derechos humanos en el país. Este valioso ejercicio tomó como referencia el informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo las buenas prácticas desarrolladas por la Oficina en México del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sobre la matriz de indicadores vinculados al derecho al nivel más alto posible de salud física y mental (Derecho a la Salud). Sobre esta base se inició el proceso de contextualización de la matriz del derecho a la salud en Paraguay, desembocando en la construcción de indicadores a corto, mediano y largo plazo.

La Organización de las Naciones Unidas se complace en haber podido acompañar esta buena práctica de Paraguay, aportando la cooperación y asesoría técnica, confiando en el compromiso del país para dar seguimiento y consolidar este significativo esfuerzo en los próximos años. Se espera que esta herramienta fortalezca el acceso, sin exclusión ni discriminación, de todas las personas al derecho al nivel más alto posible de salud física y mental en Paraguay.

**Liliana Valiña**

Asesora en Derechos Humanos para Paraguay  
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

---

## **Antecedentes**

El Informe nacional presentado por el Estado paraguayo ante el Consejo de Derechos Humanos, en el marco del Examen Periódico Universal (EPU) en febrero del 2010, reconoce la necesidad de contar con indicadores de derechos humanos.

Durante el 2011 bajo la coordinación de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo se trabajó en la elaboración de una Propuesta de Plan de Acción en Derechos Humanos (PNADH 2011), resultado de un proceso participativo que incluyó a los tres Poderes del Estado, Defensoría del Pueblo, Ministerio Público, Organizaciones de la Sociedad Civil y Universidades, el cual incluyó la necesidad de contar con indicadores de derechos humanos para fortalecer su implementación. Este proceso contó con el apoyo técnico de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos.

En octubre del año 2011 la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, a través de su coordinación ejercida por el Ministerio de Justicia y Trabajo y la ACNUDH acordaron la cooperación técnica para la elaboración de indicadores de derechos humanos.

A inicios del año 2012 se realizaron las reuniones preparatorias de cara al proceso de elaboración de indicadores de derechos humanos. En estas reuniones se definió trabajar por derechos, comenzando con el derecho a la Educación, Derecho a la Salud, y el Derechos al Agua y Saneamiento como también las instituciones responsables del proceso.

Para la elaboración de los indicadores de derechos humanos del sector salud, se trabajó en forma conjunta con el Ministerio de Justicia y Trabajo a través de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos y con el acompañamiento de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

## **Contextualización**

En abril del 2012 se trabajó con actores Estatales en la sensibilización y presentación inicial de la metodología de los indicadores de derechos humanos, iniciativa impulsada por la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, con apoyo técnico de la ACNUDH. Esta experiencia, incluyó la contextualización de la matriz ilustrativa para el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental (derecho a la salud), el derecho a la educación y finalmente el derecho al agua y saneamiento.

La coordinación de este trabajo estuvo a cargo de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo a través del Viceministerio de Justicia y Derechos Humanos - Dirección General de Derechos Humanos (MJT) y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Unidad de Derechos Humanos con el apoyo técnico de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, y con el acompañamiento de la ACNUDH, quienes conformaron un equipo de Coordinación Técnica.

Mediante espacios de consulta al interior de la Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo y otras instituciones vinculadas con el derecho a la salud se avanzó en la contextualización de la matriz sobre este derecho, conformando un equipo técnico que a través de talleres de trabajo de identificación, selección y validación de indicadores con la participación de técnicos y técnicas de las instituciones públicas, lo que resultó en la Matriz sobre el derecho a la salud en Paraguay.

Esta matriz fue socializada con las organizaciones de la sociedad civil, instituciones públicas y la Organización de las Naciones Unidas en Paraguay.

El equipo de coordinación técnica trabajó, en cuanto a los indicadores estructurales en el desarrollo del contenido de los mismos incorporando las normativas nacionales e internacionales y las políticas públicas vinculadas con el Derecho a la Salud. En relación con los contenidos de los indicadores de proceso y resultado, las acciones realizadas contemplaron: la solicitud de información, el procesamiento y la recolección de la información, diseño y elaboración de los metadatos, análisis de la información y posterior elaboración de cuadros y gráficos para su publicación.

## **Marco Metodológico**

La Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo luego de analizar diferentes metodologías ha tomado en consideración la utilización la desarrollada de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) para indicadores de derechos humanos.

Esta metodología se inició en el año 2005 por parte de la ACNUDH, quien impulsó un estudio sobre la posible utilización de indicadores en el campo de los Derechos Humanos, para brindar asistencia a los Órganos de Tratados<sup>1</sup>.

A fin de dar continuidad a las tareas iniciadas sobre la utilización de indicadores en el campo de los derechos humanos, en mayo de 2006, en la 18ª Reunión de presidentes de Órganos de Tratados, se presentó el "Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos"<sup>2</sup> para lo cual se preparó un primer documento que representó un importante avance en la conceptualización, metodología y desarrollo teórico sobre los indicadores en materia de derechos humanos.

El informe mencionado toma como base la clasificación desarrollada por el Relator de Naciones Unidas para el derecho a la salud. En este sentido, se propone un modelo de indicadores que permita reflejar los compromisos, los esfuerzos y resultados logrados por los Estados en materia de derechos humanos.

Es importante mencionar en primer lugar que los indicadores deben estar fuertemente vinculados a los derechos humanos superando la presentación de estadísticas generales. Frente a esta necesidad, es preciso tomar en cuenta que los indicadores deben estar definidos a partir del contenido normativo de un derecho humano, según se enuncia en los artículos pertinentes de los tratados y las observaciones generales correspondientes de los Comités de Órganos de Tratados. En segundo lugar, es necesario reflejar en la elección de indicadores el carácter intersectorial de las normas o principios de derechos humanos (como por ejemplo, la no discriminación y la igualdad, la indivisibilidad, etc.). En tercer lugar, debe permitir valorar el esfuerzo que realiza la institución estatal responsable de cumplir con sus obligaciones.

En este sentido, los indicadores deben estar orientados a reflejar los tres tipos de obligaciones asumidas por el Estado: respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos.

---

1 Definida en la 17ma Reunión de presidentes de Órganos de Tratados.

2 UN Doc. HRI/MC/2006/7 del 11 de mayo de 2006.

Posteriormente, la oficina de la ACNUDH desarrolló un estudio de antecedentes, un marco conceptual y metodológico el cual fue sometido a un amplio proceso de consulta y validación tanto con instituciones de gobierno incluidas las oficinas de estadísticas, como instituciones independientes de derechos humanos, agencias del Sistema de Naciones Unidas y un grupo de expertos de los Órganos de Tratados, titulares de mandatos de procedimientos especiales de derechos humanos, instituciones de educación superior, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales independientes.

Este trabajo fue finalmente presentado y aprobado en el año 2008 en la 20ª Reunión de presidentes de Órganos de Tratados de Derechos Humanos como "Informe sobre los Indicadores para Promover y Vigilar el Ejercicio de los Derechos Humanos"<sup>3</sup>.

## Definición de indicadores de derechos humanos

En el presente documento se entiende como indicadores de derechos humanos a las *informaciones concretas sobre el estado de un acontecimiento, actividad o resultado que pueden estar relacionadas con las normas de derechos humanos; que abordan y reflejan las preocupaciones y principios en materia de derechos humanos y que se utilizan para evaluar y vigilar la promoción y protección de los derechos humanos*<sup>4</sup>.

La metodología de indicadores de derechos humanos presenta una configuración de indicadores del tipo: **indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de resultados** atendiendo a la necesidad de reflejar **los compromisos, los esfuerzos y los resultados** de la institución estatal, respectivamente, en materia de derechos humanos.

## Indicadores Estructurales

Los indicadores estructurales reflejan la ratificación y adopción de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales básicos que se consideran necesarios para facilitar la realización de un derecho humano. Reflejan el compromiso o la intención del Estado de adoptar medidas para hacer efectivo los derechos humanos.

Los indicadores estructurales deben, ante todo, centrarse en la naturaleza de las leyes nacionales aplicables al derecho de que se trate -es decir, indicar si han incorporado las normas internacionales- y en los mecanismos institucionales que promueven y protegen las normas. Los indicadores estructurales deben también reflejar las políticas y las estrategias del Estado pertinentes a ese derecho. Esto es particularmente importante en la perspectiva de los derechos humanos. Una política nacional declarada sobre determinado tema suele ser un instrumento en el que un gobierno define objetivos, un marco normativo, una estrategia y/o un plan de acción concreto para atender los problemas que conlleva el tema en cuestión. Al ser indicativa de la voluntad del gobierno de ocuparse del tema en cuestión, la política declarada puede ofrecer además los parámetros para que el gobierno rinda cuenta de sus acciones u omisiones con respecto a ese tema. Además, una política declarada es un medio para traducir las obligaciones de un Estado parte en materia de derechos humanos en un programa de acción viable que contribuya a la

---

3 HRI/MC/2008/3

4 Esta definición sigue una formulación utilizada por el Relator Especial Paul Hunt en sus diversos informes a la Comisión de Derechos Humanos. Véase, por ejemplo, A/58/427, sec. II en HRI/MC/2008/3.

realización de los derechos humanos<sup>5</sup> .

Además de seleccionar los indicadores estructurales relativos a diferentes derechos y sus atributos, se intentó destacar la importancia de contar con políticas declaradas sobre las cuestiones directamente relacionadas con atributos específicos de los derechos humanos. Se observó que muchos indicadores estructurales posibles eran comunes a todos los derechos humanos y que otros eran pertinentes para determinados derechos e incluso para uno de sus atributos en particular.

## **Indicadores de Proceso**

Los indicadores de proceso relacionan los instrumentos de política públicas entendidas como planes, programas y acciones concretas que un Estado está dispuesto a adoptar para materializar su compromiso de alcanzar los resultados que corresponden a la realización de un determinado derecho humano. Al definir los indicadores de proceso en forma de relación causal concreta se puede evaluar mejor la forma en que un Estado cumple sus obligaciones. Al mismo tiempo estos indicadores ayudan a vigilar directamente el ejercicio progresivo del derecho o el proceso de protección del derecho, según el caso, para la realización del derecho en cuestión.

## **Indicadores de Resultado**

Los indicadores de resultados describen los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto. No se trata sólo de una medida más directa de la realización del derecho humano sino también de la importancia de esa medida para apreciar el disfrute del derecho. Puesto que refleja los efectos acumulados de diversos procesos subyacentes (que pueden ser descritos por uno o más indicadores de proceso), un indicador de resultado suele ser un indicador lento, menos sensible a las variaciones transitorias que un indicador de proceso. Por ejemplo, los indicadores de la esperanza de vida o la mortalidad podrían depender de la inmunización de una población, de la educación o conocimiento de la población en materia de salud pública, así como de la disponibilidad de suficientes alimentos y del acceso que tenga a ellos la población. Resulta, por tanto, instructivo considerar los indicadores de proceso y de resultados como variables dinámicas y estáticas, respectivamente, con la salvedad de que a menudo un mismo resultado puede ser producto de uno o más procesos y en otros casos el mismo proceso puede influir en más de un resultado.

De las 12 matrices de indicadores ilustrativos por derecho, este documento presenta la matriz de los derechos humanos relacionados con el derecho a la salud<sup>6</sup> .

Cada matriz de indicadores posee además, una lógica de atributos que servirán de orientación y de ordenamiento a la hora de generar los indicadores del derecho en cuestión. Los atributos acogen a los campos de acción o temáticas que se desprenden del derecho seleccionado. El listado de indicadores ilustrativos en materia de derechos humanos se señala a continuación:

---

5 HRI/MC/2008/3

6 El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental

## INDICADORES ILUSTRATIVOS DE DERECHOS HUMANOS DE LA ACNUDH

DERECHO	ATRIBUTOS
El derecho a la vida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Privación arbitraria de la vida</li> <li>2) Desaparición de personas</li> <li>3) Salud y nutrición</li> <li>4) Pena de muerte</li> </ol>
El derecho a la libertad y seguridad personales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Arresto y detención con base en cargos penales</li> <li>2) Privación administrativa de la libertad</li> <li>3) Revisión efectiva por parte de un tribunal</li> <li>4) Seguridad contra los delitos y abuso por parte de funcionarios/as de autoridades competentes</li> </ol>
El derecho a una alimentación adecuada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nutrición</li> <li>2) Seguridad de los alimentos y protección al consumidor/a</li> <li>3) Disponibilidad de alimentos</li> <li>4) Accesibilidad a los alimentos</li> </ol>
El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Salud sexual y reproductiva</li> <li>2) Mortalidad infantil y atención de la salud</li> <li>3) Entorno natural y del trabajo</li> <li>4) Prevención, tratamiento y control de enfermedades</li> <li>5) Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales</li> </ol>
El derecho a no ser sometida(o) a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Integridad física y mental de personas detenidas o en prisión</li> <li>2) Condiciones de las detenciones</li> <li>3) Uso legítimo de la fuerza</li> <li>4) Violencia comunitaria y doméstica</li> </ol>
El derecho a participar en los asuntos públicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ejercicio de los poderes legislativo, ejecutivo y administrativo</li> <li>2) Sufragio efectivo y universal</li> <li>3) Acceso a posiciones del servicio público</li> </ol>
El derecho a la educación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Educación primaria universal</li> <li>2) Accesibilidad a secundaria y educación superior</li> <li>3) Recursos curriculares y educacionales</li> <li>4) Libertad y oportunidades educativas</li> </ol>
El derecho a una vivienda adecuada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Habitabilidad</li> <li>2) Accesibilidad a servicios</li> <li>3) Asequibilidad de la vivienda</li> <li>4) Seguridad de la tenencia</li> </ol>
El derecho a la seguridad social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Seguridad en el ingreso para trabajadores/as</li> <li>2) Asequibilidad de servicios de salud</li> <li>3) Soporte para dependientes familiares, infantes y personas adultas mayores</li> <li>4) Esquemas de asistencia social focalizados</li> </ol>
El derecho al trabajo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acceso al trabajo decente y productivo</li> <li>2) Condiciones de trabajo justas y seguras</li> <li>3) Capacitación y desarrollo profesional</li> <li>4) Protección contra trabajo forzoso y desempleo</li> </ol>
El derecho a la libertad de opinión y expresión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Libertad de opinión y de difusión de información</li> <li>2) Acceso a la información</li> <li>3) Responsabilidades y deberes especiales</li> </ol>
El derecho a la igualdad ante Cortes y Tribunales y a un juicio justo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Acceso e igualdad ante cortes y tribunales</li> <li>2) Cortes competentes e independientes</li> <li>3) Presunción de inocencia y garantías en la determinación de cargos penales</li> <li>4) Protección especial para niños y niñas</li> <li>5) Revisión por una instancia superior</li> </ol>
El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Salud sexual y reproductiva y eliminación de prácticas tradicionales dañinas</li> <li>2) Violencia doméstica</li> <li>3) Violencia en el trabajo, trabajo forzoso y trata</li> <li>4) Violencia comunitaria y abuso por parte de agentes del orden público</li> <li>5) Violencia en situaciones de (post) conflicto y situaciones de emergencia</li> </ol>
El derecho a la no-discriminación y la igualdad <sup>7</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Igualdad ante la ley y protección de la persona</li> <li>2) Acceso a un nivel de vida, de salud y de educación adecuado</li> <li>3) Igualdad de oportunidades para el sustento</li> <li>4) Medidas especiales, incluyendo medidas para la participación y la toma de decisiones</li> </ol>

<sup>7</sup> Los indicadores ilustrativos sobre el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y sobre el derecho a la no discriminación fueron elaborados y emitidos por el ACNUDH en abril de 2010, por lo tanto no se incluyen en el Informe sobre los Indicadores para Promover y Vigilar el Ejercicio de los Derechos Humanos, HRI/MC/2008/3.

## Aplicación de la metodología en Paraguay

Una vez presentado la Propuesta de Plan Nacional de Derechos Humanos en el año 2011, el Estado paraguayo se propuso generar indicadores sobre el cumplimiento de derechos humanos.

Para iniciar el proceso se realizó una consulta sobre las áreas a ser trabajadas. De ese análisis se identificaron las de salud, educación y agua y saneamiento como relevantes para un primer producto, tomando como base los indicadores de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La elaboración de los indicadores se abordó en dos etapas.

La primera se abocó a la identificación de los indicadores de proceso y resultado acorde a la disponibilidad de información, tomando como línea de base el periodo 2001-2011 agrupados como de corto plazo de implantación. Asimismo, se identificaron indicadores de mediano y largo plazo, que revelan la necesidad obtenerlos de manera sistematizada y oportuna.

Para facilitar el proceso de consulta en los talleres de trabajo, previamente se elaboró una matriz de uso práctico que permitía la visualización de aspectos más importantes del indicador.

La revisión de la matriz se realizó en 6 talleres de trabajo, 1 taller interno con técnicos del MSPyBS y 9 jornadas de trabajo. Esta revisión consistió en el análisis e identificación de los siguientes aspectos:

- Atributo vinculado al indicador
- Individualización de indicadores alternativos
- Identificación de las fuentes de información,
- definición operacional,
- revisión de la fórmula de calculo y unidad de medida
- desagregaciones disponibles y deseadas,
- periodicidad de la actualización
- relevancia del indicador
- contexto en el que puede ser utilizado

Los indicadores de mediano y largo plazo fueron especialmente analizados para identificar posibles fuentes de información.

En base a estos aspectos, fueron diseñadas y elaboradas las fichas de indicadores (metadatos).

Esta etapa concluyó una vez puesta a consideración en diferentes talleres de trabajo que contaron con la participación de más de 30 técnicos y técnicas quienes revisaron la pertinencia de los indicadores, para luego validarlos.

Una vez cerrada la primera etapa, y con la matriz de proceso y resultado validada se prosiguió con la recopilación y desarrollo del marco jurídico constitucional, normativas internacionales en materia de derechos humanos además de otras disposiciones y planes y políticas publicas vigentes vinculadas con el Derecho a la Salud.

Matriz de los derechos humanos relacionados con el derecho a la salud.



*INDICADORES  
ESTRUCTURALES*  
**SOBRE EL DERECHO  
A LA SALUD**



## INDICADORES ESTRUCTURALES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se encuentra vinculado a otros derechos humanos en razón a que los derechos humanos son derechos interdependientes, indivisibles y están relacionados entre sí<sup>8</sup>.

En este orden de ideas, el derecho a la salud comprende algunos derechos entre los que se encuentran: [el derecho a] la salud materna, infantil y reproductiva; el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; [el derecho al] acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; [el derecho al] acceso a medicamentos esenciales; el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a la educación y a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; y, [el derecho a] la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional<sup>9</sup>. Así mismo, comprende algunas libertades que incluyen el derecho de toda persona a no ser sometida a tratamiento médico sin su consentimiento [...] <sup>10</sup>.

Estos derechos vinculados al derecho a la salud son desarrollados en forma individual en el entendimiento de que en su conjunto contribuyen a la promoción y protección del derecho a la salud y viceversa. Los derechos expuestos en cada atributo son:

- Salud Sexual y Reproductiva;
- Salud Infantil;
- Accesibilidad a Centros de Salud y Medicamentos esenciales;
- Entorno Laboral y Medio Ambiente; y,
- Prevención, Tratamiento y Control de Enfermedades

### Marco Conceptual del Derecho a la Salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indica, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”<sup>11</sup>.

*[...] La referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano* <sup>12</sup>.

8 Véase Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1995.

9 Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N°31, 2008:4.

10 Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N°31, 2008:4.

11 Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:2.

12 Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:4.

La Observación N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresa que la *Salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*<sup>13</sup>.

El derecho a la salud ha sido definido por la OMS, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”<sup>14</sup>. En su constitución, la OMS afirma que “[...] el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”<sup>15</sup>.

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”<sup>16</sup>.

“El Estado debe de garantizar el mayor nivel posible de salud a los habitantes del territorio, para ello, debe brindar asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y en casos de catástrofes o accidentes prestar servicios de socorro”<sup>17</sup>.

La propuesta del PNDH en cuanto al Derecho a la Salud menciona que esta debe ser protegida en interés de la persona humana y de la comunidad como un derecho fundamental, y que el mismo implica la obligación del Estado de sostener un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

## Marco Jurídico Constitucional

La Carta Magna del Paraguay consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental de las personas y en tal sentido en el Artículo 68 establece cuanto sigue:

*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 estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.*

El derecho a la salud se encuentra estrechamente vinculado con los derechos a la vida y a la calidad de vida de las personas. Ello se ve traducido en los artículos 4 y 6 de la Carta Magna que estipulan:

---

13. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:1.

14. OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, de 22 de julio de 1946. Entró en vigor el 7 de abril de 1948; Preámbulo.

15. Ídem. [Énfasis añadido].

16. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:3.

17. Propuesta de Plan Nacional de Derechos Humanos, 2011: 153

## **Artículo 4 Derecho a la vida:**

*El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos.*

## **Artículo 6 De la calidad de vida:**

*La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad.*

*El Estado también fomentará la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes.*

La Constitución paraguaya contempla en el artículo 69 la promoción de un Sistema Nacional de Salud, encargado de ejecutar acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

En similar sentido, establece en el artículo 70 la vigencia de un Régimen de Bienestar Social que hace referencia al establecimiento de programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.

## **Marco Jurídico Internacional**

### **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en el artículo 3 que *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*.

### **Artículo 25**

*“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*.

Este artículo sostiene en su inciso 2 que la *“maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.

El mismo documento contempla en el artículo 22 que: *“Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”*.

## **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**

### **Artículo 6**

*“1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”*

## **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

Además del artículo 12 que garantiza expresamente el derecho a la salud, el artículo 11 reconoce el derecho de las personas a un nivel de vida adecuado y se refiere a las medidas que deben tomar los Estados para garantizar y hacerlas efectivas:

### **Artículo 11**

*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.*

*2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:*

- a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;*
- b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.*

### **Artículo 12**

*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

*2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

## **La Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre señala:**

### **Artículo 1 Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona**

*Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*

### **Artículo 11 Derecho a la preservación de la Salud y al Bienestar**

*Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.*

## **Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”**

### **Artículo 4. Derecho a la Vida**

*Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. [...]*

### **Artículo 26. Desarrollo Progresivo**

*Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.*

## **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

### **Artículo 10. Derecho a la Salud**

*1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*

*2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*

e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y  
f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

## Marco Jurídico Nacional

Ley N° 839/80 del Código Sanitario

Ley N° 1032/96 del Sistema Nacional de Salud

### Temas transversales al Derecho a la Salud

La no discriminación y la igualdad de trato constituyen principios fundamentales de los derechos humanos, y por tanto, representan elementos decisivos del derecho a la salud. Estos principios son enunciados en numerosos instrumentos internacionales.

La aplicación del principio de la no discriminación se traslada al contexto del derecho a la salud para hacer frente a situaciones de distinción, exclusión o restricción que afecta a determinados grupos de población en una situación de vulnerabilidad, para que, a través de acciones y medidas afirmativas, se garantice el pleno goce de este derecho.

El Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales [...] *prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo*<sup>18</sup>.

[...] *Es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población*<sup>19</sup>.

---

18. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:18.

19. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:19.

## Marco Jurídico Constitucional

El artículo 46 de la Constitución Paraguaya sienta las bases para las garantías en condiciones de igualdad de las personas respecto al derecho y señala que:

*Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios.*

En similar sentido, establece la igualdad de derechos del hombre y de la mujer en el artículo 48:

*El hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional.*

La Constitución paraguaya prevé la igualdad de raza y estipula en el artículo 63 sobre la Igualdad Étnica:

*Queda reconocido y garantizado el derecho a los pueblos indígenas a preservar y a desarrollar su identidad étnica en el respectivo hábitat. Tienen derecho, asimismo, a aplicar libremente sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa, al igual que la voluntaria sujeción a sus normas consuetudinarias para la regulación de la convivencia interna, siempre que ellas no atenten contra los derechos fundamentales establecidos en esta Constitución. En los conflictos jurisdiccionales se tendrá en cuenta el derecho consuetudinario indígena.*

## Marco Jurídico Internacional

### Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial

Esta convención explicita el compromiso de los Estados en la lucha por la eliminación de la discriminación racial en todas sus formas y garantiza a todas las personas entre otros derechos, el derecho a la salud pública sobre el cual establece lo siguiente:

#### Artículo 5

*En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:*

*[...]e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:*

*[...] iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;*

### ATRIBUTO 1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### Marco Conceptual

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere a la salud sexual y reproductiva en el párrafo 14 de la Observación General N° 14 estableciendo que la disposición relativa a “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (apartado

a) del párrafo 2 del artículo 12)<sup>20</sup> se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto<sup>21</sup>, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información<sup>22</sup>.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo<sup>23</sup> y en la Plataforma de Acción de Beijing<sup>24</sup> se puso de relieve el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, y el derecho de acceso a servicios de atención sanitaria apropiados que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto sin riesgo y ofrezca a las parejas las mayores probabilidades posibles de tener hijos sanos.

La salud sexual y reproductiva también es un aspecto fundamental del derecho de la mujer a la salud. Los Estados deben permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia<sup>25</sup>.

La violencia contra la mujer es una causa muy extendida de daño físico y psicológico o de sufrimiento entre las mujeres, así como la conculcación de su derecho a la salud. El Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer requiere que los Estados, entre otras cosas, promulguen y apliquen leyes y políticas que protejan a las mujeres y las niñas de la violencia y el maltrato y habiliten servicios de salud física y mental apropiados<sup>26</sup>.

## Marco Jurídico Constitucional

### Artículo 4 Derecho a la vida

*El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte.*

*Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos.*

### Artículo 61 Sobre la planificación familiar y de la salud materno infantil

*El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos*

---

20. Según la OMS, la tasa de mortalidad ya no suele utilizarse; en sustitución de ella se utilizan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

21. El término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. (En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento); por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

22. La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

23. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.95.XIII.18).

24. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1

25. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo Nº31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 18 y 19.

26. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendaciones generales Nº 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer y Nº 24 (1999) sobre la mujer y la salud

*pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia.  
Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.*

## **Artículo 60 Sobre la protección contra la violencia**

*El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad.*

## **Marco Jurídico Institucional**

Resolución N° 744, de fecha 16 de octubre de 2002, Por la cual se aprueba el Manual de Procedimiento e instructivos para la Administración del Programa de Planificación Familiar; y se dispone su Implementación y Aplicación en Todos los Niveles de Atención del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 223, de fecha 28 de noviembre de 2003, Por el cual se Aprueba el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008; y se dispone su Implementación y Ejecución, Resolución N° 879, Por la cual se establece la Constitución de los Comités Técnicos Nacional, Departamentales y Distritales del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva, con Énfasis en la Prevención de ITS –SIDA; y se aprueban sus respectivos Reglamentos

Resolución N° 651, de 23 de agosto de 2006, Por la cual se designa Representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para integrar el Equipo de Implementación del Proyecto Piloto Regional para la Prevención de la Trata de Personas, y Refuerzos de Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Resolución N° 598, de fecha 4 de agosto de 2006, Por la cual se dispone la Gratuidad de la Atención de Planificación Familiar, Incluyendo la Medicación Específica y la Provisión de los Diferentes Métodos Anticonceptivos, en todos los Servicios Asistenciales dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 387, de fecha 19 de mayo de 2006, Por la cual se crea la Dirección de Logística de Insumos Anticonceptivos de Planificación Familiar, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 1392, de fecha 2 de diciembre de 2011, Por la cual se Reconoce al Comité para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) como Instancia Multisectorial para apoyar y Fortalecer el Desarrollo y la Consolidación del Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, y a la Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de otras Infecciones de Transmisión Sexual; y se Aprueba su Plan Estratégico 2011 – 2015

Resolución N° 886, de fecha 7 de setiembre de 2012, Por la cual se Designa Representante del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en carácter de Coadministrador y Coordinador Técnico, respectivamente, para la Ejecución del Proyecto “Mejora de la Calidad de Atención Sexual y Reproductiva en la Red Pública de Servicios de Salud”, Financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID.

## **Marco Jurídico Internacional**

### **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en el artículo 3 que: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.*

## **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.**

### **Artículo 6**

1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

En relación específica sobre la salud sexual y reproductiva se cita el artículo 12 del PIDESC, numeral 2. Inciso a) *La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; [...]*

## **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**

### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

### **Artículo 14**

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:

*[...]b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; [...]*

## **Convención sobre los Derechos del Niño**

### **Artículo 24**

*[...]2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

*b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*

*d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*

*f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. [...]*

## **Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares**

### **Artículo 16**

[...] 2. Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a la protección efectiva del Estado contra toda violencia, daño corporal, amenaza o intimidación por parte de funcionarios públicos o de particulares, grupos o instituciones. [...]

## **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**

### **Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

*1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.*

*2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.*

*3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.*

*4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.*

*5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.*

## **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas**

### **Artículo 7**

*1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.*

*2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo a vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos*

*distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.*

## **Artículo 7 Derecho de protección a la maternidad y a la infancia.**

Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

## **Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”**

### **Artículo 4. Derecho a la Vida**

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.[...]

### **Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal**

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.[...]

## **Convención para Prevenir y Sancionar toda Forma de Violencia Contra la Mujer “Convención de Belem do Pará”**

### **Artículo 3**

Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

### **Artículo 4**

*Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.*

*Estos derechos comprenden, entre otros:*

- a. el derecho a que se respete su vida;*
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;*
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales; [...]*

## **Leyes, Decretos y Resoluciones**

Ley N° 4084/10 de Protección a las Estudiantes en estado de gravidez y maternidad.

Ley N° 3940/09, de Prevención y Control de VIH/SIDA, establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (art. 1).

Ley N° 3803/2009 que otorga licencia a trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolaou y mamografía.

Ley N° 3.331/07 que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.

Ley Nº 2907/06. De Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y de Aprovechamiento del Kit de Partos, se protegió el abastecimiento en los servicios del MSPyBS.

Ley Nº 210/70 de Régimen Penitenciario del Paraguay.

Resolución Nº 7373/ 2003 por la cual se modifica la Resolución Nº 648 de fecha 1 de diciembre de 1999, y se establecen especificaciones y requisitos básicos para habilitación de laboratorios de citodiagnóstico.

Resolución Nº 44/09 por la que se establece y habilita el área de Violencia y Género

## **Políticas, Programas y Planes**

Plan Nacional de Salud sexual y reproductiva 2009 – 2013 aborda los siguientes temas:

La ejecución del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se realizará con base a la programación en cada institución, establecimiento de salud, distrito y departamento del país integrando acciones que serán desarrolladas en las redes de servicios y en las comunidades, con apoyo y participación ciudadana y de los Consejos de Salud, en el marco de la estrategia renovada de la atención primaria de la salud y con el enfoque del continuo del ciclo de la vida. En estas programaciones se determinarán las metas a ser alcanzadas en cada ámbito y en cada territorio - población del país. Ejes:

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. Monitoreo y Evaluación

Además se citan las siguientes medidas:

Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del cáncer de Cuello Uterino creado por ley 3331/07.

Protocolo de atención a víctimas de violencia.

Programa de provisión de kits de parto y cesárea: Este programa fue dispuesto por ley Nº 2907/06 y establece que los kits de parto y cesárea deben estar disponibles en los Hospitales Regionales y Centros de Salud habilitados para realizar este servicio en forma gratuita.

## ATRIBUTO 2 SALUD INFANTIL

### Marco Conceptual

[...] El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como en la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce la obligación de los Estados de reducir la mortalidad infantil y en la niñez de luchar contra las enfermedades y la malnutrición [...] <sup>27</sup>.

Los niños afrontan problemas de salud especiales de acuerdo con la etapa de su desarrollo físico y mental, lo cual los hace particularmente vulnerables a la malnutrición y a las enfermedades infecciosas, y cuando llegan a la adolescencia, a problemas sexuales y de salud reproductiva y mentales <sup>28</sup>.

Los gobiernos y el personal de salud deben tratar a todos los niños y adolescentes de manera no discriminatoria, lo cual significa que deben prestar especial atención a las necesidades y los derechos de grupos determinados, por ejemplo los niños pertenecientes a minorías o a comunidades indígenas, los niños intersexuales y, en general, las niñas y las adolescentes, a las que en muchos contextos se impide el acceso a una amplia gama de servicios, incluida la atención sanitaria. Más concretamente, las niñas deben tener acceso en condiciones de igualdad a una nutrición adecuada, a entornos salubres y a servicios de salud física y mental. Deben adoptarse medidas apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que afectan de manera negativa sobre todo a la salud de las niñas, por ejemplo la mutilación genital femenina, el matrimonio a edad temprana y la alimentación y cuidado preferencial de los niños <sup>29</sup>.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N°14, párrafo 14 se expresa en relación al apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. [ que trata sobre] *El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva: La disposición relativa a "la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12)*<sup>30</sup> se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto <sup>31</sup>, los servicios obstétricos de urgencia [...].

### Marco Jurídico Constitucional

#### Artículo 54 Sobre la protección al niño

*La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores.*

*Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente.*

---

27. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 20

28. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 20

29. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N°31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008:21.

30. Según la OMS, la tasa de mortalidad ya no suele utilizarse; en sustitución de ella se utilizan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

31. El término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. (En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento); por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

## **Artículo 56. Sobre la juventud**

*Se promoverán las condiciones para la activa participación de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural del país.*

## **Artículo 61 Sobre la planificación familiar y de la salud materno infantil**

*El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia.*

*Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos.*

**Resolución N° 1392**, de fecha 2 de diciembre de 2011, Por la cual se Reconoce al Comité para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) como Instancia Multisectorial para apoyar y Fortalecer el Desarrollo y la Consolidación del Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, y a la Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de otras Infecciones de Transmisión Sexual; y se Aprueba su Plan Estratégico 2011 – 2015

## **Marco Jurídico Internacional**

### **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**

#### **Artículo 25 inciso 2**

*[...]La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

### **Convención sobre los Derechos del Niño**

#### **Artículo 6**

*[...] 2. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.*

#### **Artículo 24**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*

*2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;*
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud*

*mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;*

*d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*

*e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;*

*[...] 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.*

## **Artículo 25**

*Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.*

## **Artículo 26**

*1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional. [...]*

## **Artículo 27**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.*

*2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.*

*3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.[...].*

## **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

### **Artículo 12. Derecho a la Alimentación**

*1. Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.*

*2. Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia.*

## **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

### **Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.*

*2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:*

*[...]b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;[...]*

## **Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre**

### **Artículo 7 Derecho de protección a la maternidad y a la infancia.**

*Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.*

## **Convención Americana sobre los Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”**

### **Artículo 19 Derechos del Niño**

*Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.*

## **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

### **Artículo 16 Derecho de la Niñez**

*Todo niño sea cual fuere su filiación tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado. Todo niño tiene el derecho a crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres; salvo circunstancias excepcionales, reconocidas judicialmente, el niño de corta edad no debe ser separado de su madre. Todo niño tiene derecho a la educación gratuita y obligatoria, al menos en su fase elemental, y a continuar su formación en niveles más elevados del sistema educativo.*

## **Marco Jurídico Institucional**

Resolución N° 1015, de fecha 22 de setiembre de 2011, Por la cual se amplía la Resolución N° 57/10, para el Fortalecimiento del Equipo Técnico Multidisciplinario para la prevención y la

Atención Integral a Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes en situación de Maltrato, dependientes de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia y la Dirección de Salud Mental, en el marco de los compromisos asumidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 57, de fecha 15 de febrero de 2010, Por la cual se Constituye un Equipo Técnico Multidisciplinario para la Prevención y la Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en situación de maltrato, dependiente de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, en el marco de los compromisos asumidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 359, del 11 de junio de 2007, Por la cual se constituye el Comité Interno de Revisión, Actualización e Implementación de la Guía Práctica de la Iniciativa de Maternidad Segura – Programa de Parto Seguro e Instrumento de Conducción de Proceso para el Seguimiento de la Entrega a Usuarios de los Kits de Parto en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 177/2006, Por la cual se aprueba la Guía Práctica de la Iniciativa de Maternidad Segura – Programa Parto Seguro, como instrumento de conducción de proceso para la implementación de los kits de parto en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y la puesta en vigencia de la misma.

Resolución N° 546, DEL 6 DE SETIEMBRE DE 2000, Por la cual se aprueba el documento Iniciativa Maternidad Segura, como Norma de Atención del Embarazo, Parto, Puerperio, y del Recién Nacido; y se dispone su implementación y Aplicación en todos los Servicios de Salud del País, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

---

### **Leyes, Decretos y Resoluciones**

Ley N° 4698 del 16 de agosto de 2012 de Garantía Nutricional para la Primera Infancia

Ley N° 2.310/03 de Protección Infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles.

Decreto N° Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011 – 2020

Ley 4744/12 Que incorpora al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Ley N° 47/69/12 Que incorpora al Programa de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la Vacuna contra el Neumococo, Varicela y la Hepatitis B.

Resolución 01/11, Del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo de la Primera Infancia, elaborado en forma conjunta con el Ministerio de Educación y Cultura, la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Plan Nacional de Promoción de la Calidad de vida y salud con equidad de la Niñez 2010 -2015 (resolución)

Resolución 763/2010 Plan Nacional de Promoción de la Calidad de vida y salud con equidad de la Adolescencia 2010 -2015.

### **Políticas, Programas y Planes**

Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011 - 2020

Plan Nacional de Promoción de la Calidad de vida y salud con equidad de la Niñez 2010 -2015

Plan Nacional de Promoción de la Calidad de vida y salud con equidad de la Adolescencia 2010 -2015

Programa Painac – SNNA 2009-2013

Programa Abrazo SNNA 2009-2013

Programa de Universalización en la inscripción de documento de nacimiento y de identidad SNNA 2009-2013

*Programa de detección neonatal: Este es el único programa que tiene como objetivo la prevención de discapacidades desde la detección precoz. Es de resaltar la importancia que tiene el programa de detección neonatal en la prevención del retardo mental. En octubre de 1999, se dio inicio al programa piloto de detección neonatal, propulsor de la ley N° 2138/03 que crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y Prevención del Retardo Mental producido por el hipotiroidismo congénito (HC) y la fenilcetonuria (PKU). El Decreto N° 2126/04 lo incorpora a la Dirección General de Programas de Salud del MSPBS, en tanto la ley N° 2138/03, establece la obligatoriedad de los estudios dentro de los siete días de vida del recién nacido en las instituciones públicas o privadas donde se produzcan nacimientos, responsabilizando a los padres, tutores o guardadores, en aquellos casos en que el nacimiento no haya sido atendido por profesionales o retirado del centro antes de las veinticuatro horas.*

*Programa nutricional a niños y mujeres embarazadas (Proan): Destinado a proveer suplemento alimenticio y medicamentos a niños y niñas de hasta 5 años con desnutrición y embarazadas. Este programa es de suma importancia para combatir la desnutrición y sus consecuencias. Es de esperar que el mismo pueda ser brindado en forma permanente y llegue en la forma adecuada a los beneficiarios así como con criterios de eficiencia, eficacia y economía como para que pueda cubrir las necesidades registradas en un mayor número de Hospitales y Centros de Salud.*

## **ATRIBUTO 3 ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS**

### **Marco Conceptual**

La Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el párrafo 17 sostiene que la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

La misma Observación General N° 14 hace referencia a prerrogativas que cada Estado se encuentra compelido a cumplir para garantizar la accesibilidad de las personas a los servicios de salud. En tal sentido, la observación expresa:

*El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:*

*a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores*

determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS<sup>32</sup>.

b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) *No discriminación:* los establecimientos, bienes y servicios de salud<sup>33</sup> deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos<sup>34</sup>.

ii) *Accesibilidad física:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) *Accesibilidad económica (asequibilidad):* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) *Acceso a la información:* ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas<sup>35</sup> acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas<sup>36</sup>.

---

32. Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de 1999, Información sobre medicamentos de la OMS, vol. 13, Nº 4, 1999.

33. Salvo que se estipule expresamente otra cosa al respecto, toda referencia en esta observación general a los establecimientos, bienes y servicios de salud abarca los factores determinantes esenciales de la salud a que se hace referencia en los párrafos 11 y 12 a) de esta observación general.

34. Véanse los párrafos 18 y 19 de esta observación general.

35. Véase el párrafo 2 del artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En esta observación general se hace especial hincapié en el acceso a la información debido a la importancia particular de esta cuestión en relación con la salud.

36. Observación General Nº14, 2000 12.

La Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), del Comité DESC, establece que:

*“La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental”<sup>37</sup>.*

Asimismo considera como obligación del Estado “la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental”<sup>38</sup>.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 69 Del sistema nacional de salud**

*Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.*

### **Artículo 70 Del régimen de bienestar social**

*La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.*

### **Artículo 72 Del control de calidad**

*El Estado velará por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo, facilitará el acceso de sectores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales.*

### **Artículo 63 De la identidad étnica**

*Queda reconocido y garantizado el derecho de los pueblos indígenas a preservar y a desarrollar su identidad étnica en el respectivo hábitat. Tienen derecho, asimismo, a aplicar libremente sus sistemas de organización política, social, económica, cultural y religiosa, al igual que la voluntaria sujeción a sus normas consuetudinarias para la regulación de la convivencia interna, siempre que ellas no atenten contra los derechos fundamentales establecidos en esta Constitución. En los conflictos jurisdiccionales se tendrá en cuenta el derecho consuetudinario indígena.*

## **Marco Jurídico Internacional**

En relación al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el Artículo 12 numeral 2 inciso d establece que: *2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: [...]*

---

37. Comité DESC, 2000:17

38. Comité DESC, 2000:26

d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.[...]*

## **Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Racial**

### **Artículo 5**

*Los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:*

*[...]e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:*

*iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;[...]*

## **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**

### **Artículo 12**

*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica [...].*

### **Artículo 14**

*[...] 2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:*

*b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia;[...]*

## **Convención sobre los Derechos del Niño**

### **Artículo 24**

*[...] 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

*b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;[...]*

## **Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares**

### **Artículo 43**

*1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con: [...] e) El acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes;*

## Artículo 45

*1. Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán, en el Estado de empleo, de igualdad de trato respecto de los nacionales de ese Estado en relación con: [...] c) El acceso a servicios sociales y de salud, a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes; [...].*

## Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad

### Artículo 25 Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

[...] c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; [...]

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad. [...]

## Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”

### Artículo 10 Derecho a la Salud

[...] 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; [...]

## Leyes, Decretos y Resoluciones

Ley N° 4392/12 que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud, FONARESS, para la atención médica de alta complejidad (MAC) en el territorio nacional.

Ley N° 3940/09 que modifica el Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS PRONASIDA que otorga prioridad a la prevención, garantizar la atención integral de las personas infectadas, el acceso a los medicamentos en forma gratuita y previniendo la discriminación.

Resolución Nº352/2011 Por la cual se incorporan las normas paraguayas en aplicación, dictadas por el Instituto Nacional de Tecnologías, Normalización y Metrología sobre “Accesibilidad de las Personas al Medio Físico”, para el acceso y la utilización de los espacios y edificios de los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ley Nº 1.119/97 de Productos para la Salud y otros.

Ley Nº 2.320/03 de Promoción de la Utilización de medicamentos por nombre genérico.

Resolución Nº 104 del 23 de diciembre de 2010 “Por la cual se dispone la implementación del Plan Piloto de Medicamentos Esenciales con denominación genérica a precio especial y diferenciado y se establece el procedimiento de Registro Sanitario y fijación de precios especial y diferenciado”.

Resolución Nº 1074 del 21 de diciembre de 2009 “Por la cual, en cumplimiento del proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal, se extiende la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, Unidades de Salud de la Familia y otras dependencias de la Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

Resolución Nº 146 del 8 de marzo de 2012 “Por la cual se establece la obligatoriedad de brindar acceso a los servicios de salud de calidad y atención sin discriminaciones con efectivo cumplimiento del deber de confidencialidad y garantía de plena vigencia del secreto profesional en la atención”.

Resolución Nº 1050/09 Que aprueba el listado de medicamentos esenciales para las Regiones Sanitarias, hospitales, centros y puestos de salud, programas de salud por parte de la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos de Salud dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución Nº 62/12 “Por la cual se dispone la implementación del Sistema Señalético de Orientación a los y las Usuarios/as en todos los servicios de salud y dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

Resolución Nº 764/11 “Por la cual se crea el Servicio de Atención al Usuario (SAU), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

Resolución Nº 543/11 “Por la cual se crea el Comité de Facilitación de la Implantación del Sistema de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de los Usuarios en los Servicios de Urgencia dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

Resolución Nº 1054/10 Por la cual se dispone la Implementación del Plan Piloto de Medicamentos Esenciales con Denominación Genérica a Precio Especial y Diferenciado y se establece el Procedimiento de Registro Sanitario y fijación de Precio.

Resolución Nº 131/08 sobre Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

## **Políticas, Programas y Planes**

Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad: Establece Redes de atención a

la salud y contiene principios generales para una política de atención a la salud. Los principios contemplados en la política son:

- Universalidad
- Equidad
- Integralidad
- Participación Social

Convenio Marco para la Implementación del Plan Piloto de medicamentos esenciales con denominación genérica a precio especial y diferenciado suscrito el 23 de diciembre de 2010 entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Cámara de Industria Química Farmacéutica (CIFARMA), la Cámara de Representantes de Productos Farmacéuticos, Tocador, Domisanitarios, y Afines, la Cámara Paraguaya de Compañías de Investigación Farmacéutica (CAPACINFAR), La Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR) y la Cámara Paraguaya de Cadenas de Farmacias (CAFAP).

Plan Piloto de Medicamentos Esenciales con denominación genérica a precio especial y diferenciado.

Plan Estratégico de Respuesta a las Infecciones de Transmisión Sexual – VIH SIDA 2008-2012

## **ATRIBUTO 4 ENTORNO NATURAL Y DEL TRABAJO**

### **Marco Conceptual**

La Declaración de Río de Janeiro establece entre sus principios que los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza.

El artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT expresa que:

*Todo Miembro deberá, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores interesadas y habida cuenta de las condiciones y práctica nacionales, formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo. [En el párrafo 2 explica que] Esta política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.*

Respecto al derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 14, párrafo 15 refiere que:

*El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a*

*la salud de los seres humanos*<sup>39</sup>.

Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral<sup>40</sup>. El apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca las cuestiones relativas a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajos higiénicos y seguros, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

En similar sentido la mala salud se asocia con la ingestión de agua no potable o el contacto con ella, la falta de agua limpia (lo que está relacionado con una higiene inadecuada), la falta de servicios de saneamiento, y una mala gestión de los recursos y los sistemas hídricos, en particular en la agricultura. La mayoría de las enfermedades diarreicas que se registran en el mundo pueden atribuirse al agua insalubre y a un saneamiento e higiene inadecuados<sup>41</sup>.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 7 Del derecho a un ambiente saludable**

*Toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Constituyen objetivos prioritarios de interés social la preservación, la conservación, la recomposición y el mejoramiento del ambiente, así como su conciliación con el desarrollo humano integral. Estos propósitos orientarán la legislación y la política gubernamental.*

### **Artículo 8 De la protección ambiental**

*Las actividades susceptibles de producir alteración ambiental serán reguladas por la ley. Asimismo, ésta podrá restringir o prohibir aquéllas que califique peligrosas.*

*Se prohíbe la fabricación, el montaje, la importación, la comercialización, la posesión o el uso de armas nucleares, químicas y biológicas, así como la introducción al país de residuos tóxicos. La ley podrá extender esta prohibición a otros elementos peligrosos; asimismo, regulará el tráfico de recursos genéticos y de su tecnología, precautelando los intereses nacionales.*

*El delito ecológico será definido y sancionado por la ley. Todo daño al ambiente importará la obligación de recomponer e indemnizar.*

### **Artículo 38 Del derecho a la defensa de los intereses difusos**

*Toda persona tiene derecho, individual o colectivamente, a reclamar a las autoridades públicas medidas para la defensa del ambiente, de la integridad del hábitat, de la salubridad pública, del acervo cultural nacional, de los intereses del consumidor y de otros que, por su naturaleza jurídica, pertenezcan a la comunidad y hagan relación con la calidad de vida y con el patrimonio colectivo.*

### **Artículo 64 De la propiedad comunitaria**

---

39. A este respecto, el Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que "el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar", así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

40. Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

41. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 8.

*Los pueblos indígenas tienen derecho a la propiedad comunitaria de la tierra, en extensión y calidad suficientes para la conservación y el desarrollo de sus formas peculiares de vida. El Estado les proveerá gratuitamente de estas tierras, las cuales serán inembargables indivisibles, intransferibles, imprescriptibles, no susceptible de garantizar obligaciones contractuales ni de ser arrendadas. Asimismo, estarán exentas de tributos. Se prohíbe la remoción o el traslado de su hábitat sin el expreso consentimiento de los mismos.*

## **Artículo 99 Del cumplimiento de las normas laborales**

*El cumplimiento de las normas laborales y el de los de la seguridad e higiene en el trabajo quedará sujeto a la fiscalización de las autoridades creadas por la ley, la cual establecerá las sanciones en caso de su violación.*

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Declaración Universal de los Derechos Humanos**

#### **Artículo 22**

*Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.*

### **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

#### **Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
  2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: [...]
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; [...]

### **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**

#### **Artículo 11**

*1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:*

*[...] e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas;*

*f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.*

#### **Artículo 14**

1. Los Estados Partes tendrán en cuenta los problemas especiales a que hace frente la mujer rural y el importante papel que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía, y tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la presente Convención a la mujer en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a:

a) Beneficiarse directamente de los programas de seguridad social;[...]

## **Convención sobre los Derechos del Niño**

### **Artículo 26**

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional [...].

### **Artículo 32**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para garantizar la aplicación del presente artículo.

Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;

b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;

c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

## **Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares**

### **Artículo 70**

Los Estados Partes deberán tomar medidas no menos favorables que las aplicadas a sus nacionales para garantizar que las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores migratorios y sus familiares en situación regular estén en consonancia con las normas de idoneidad, seguridad y salud, así como con los principios de la dignidad humana.

## **Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad**

### **Artículo 25 Salud**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad

*a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:*

*[...] e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;[...]*

## **Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social**

*[...] 2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:*

*a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;[...]*

*[...] e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.[...]*

## **Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso**

*[...] 4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.  
[...]*

## **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas**

### **Artículo 17**

- 1. Los individuos y los pueblos indígenas tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos establecidos en el derecho laboral internacional y nacional aplicable.*
- 2. Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, tomarán medidas específicas para proteger a los niños indígenas contra la explotación económica y contra todo trabajo que pueda resultar peligroso o interferir en la educación de los niños, o que pueda ser perjudicial para la salud o el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social de los niños, teniendo en cuenta su especial vulnerabilidad y la importancia de la educación para empoderarlos.*
- 3. Las personas indígenas tienen derecho a no ser sometidas a condiciones discriminatorias de trabajo y, entre otras cosas, de empleo o salario.*

### **Artículo 21**

- 1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.*
- 2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.*

## **Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre**

### **Artículo 11 Derecho a la preservación de la Salud y al Bienestar**

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

### **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

#### **Artículo 11 Derecho a un Medio Ambiente Sano**

- 1. Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.*
- 2. Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente.*

#### **Artículo 6 Derecho al Trabajo**

- 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, el cual incluye la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa a través del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada.*
- 2. Los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que garanticen plena efectividad al derecho al trabajo, en especial las referidas al logro del pleno empleo, a la orientación vocacional y al desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional, particularmente aquellos destinados a los minusválidos. Los Estados partes se comprometen también a ejecutar y a fortalecer programas que coadyuven a una adecuada atención familiar, encaminados a que la mujer pueda contar con una efectiva posibilidad de ejercer el derecho al trabajo.*

#### **Artículo 7 Condiciones Justas, Equitativas y Satisfactorias de Trabajo**

*Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen que el derecho al trabajo al que se refiere el artículo anterior supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias, para lo cual dichos Estados garantizarán en sus legislaciones nacionales, de manera particular:*

- a. una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias y un salario equitativo e igual por trabajo igual, sin ninguna distinción; [...]*
- e. la seguridad e higiene en el trabajo;*
- f. la prohibición de trabajo nocturno o en labores insalubres o peligrosas a los menores de 18 años y, en general, de todo trabajo que pueda poner en peligro su salud, seguridad o moral. Cuando se trate de menores de 16 años, la jornada de trabajo deberá subordinarse a las disposiciones sobre educación obligatoria y en ningún caso podrá constituir un impedimento para la asistencia escolar o ser una limitación para beneficiarse de la instrucción recibida;*
- g. la limitación razonable de las horas de trabajo, tanto diaria como semanal. Las jornadas serán de menor duración cuando se trate de trabajos peligrosos, insalubres o nocturnos; [...]*

## **Artículo 9 Derecho a la Seguridad Social**

*1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.*

*2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.*

### **Leyes, Decretos y Resoluciones**

Ley Nº 2969/06 "Que aprueba Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco"

Ley Nº. 1561/00, que crea el Sistema Nacional del Ambiente, el Consejo Nacional del Ambiente y la Secretaría del Ambiente

Ley Nº 3229/07 de los Recursos Hídricos  
Ley Nº 3139/06 y 2524/04 Deforestación Cero

Ley Nº. 1344/98, de Defensa del consumidor y del usuario

Ley Nº 825/96 de Protección a no fumadores

Ley Nº. 294/93 de Evaluación de Impacto Ambiental

Ley Nº. 123/91, Establece las nuevas formas de protección fitosanitarias

Ley Nº. 904/81, crea el Estatuto de las Comunidades Indígenas

Ley Nº. 369/72, que crea el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (Senasa)

Decreto Nº 4174/10 "Por el cual se reglamenta el cumplimiento del Art. 8º de la Ley 2969/06 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco"

Decreto Nº 4106/10 "Por el cual se reglamenta el cumplimiento del Art. 11º de la Ley 2969/06 que aprueba el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco.

Decreto 18.831/86, por el cual se Establecen normas de protección del medio ambiente.

Resolución Nº 222/02 de la SEAM por la cual se establece el padrón de calidad de las aguas en el territorio nacional.

### **Políticas, Programas y Planes**

Guía Municipios Saludables paso a paso  
Viviendas saludables

Guía para la aplicación de ordenanzas municipales elaborado en el marco de la Prevención y control del dengue

Juntos venceremos al dengue “Estudiantes Vigilantes”

Normas Técnico Administrativas y de Vigilancia del Programa de Inmunizaciones del Paraguay PAI  
Manual de Educación Prevenimos las Intoxicaciones y Evitamos la Contaminación por Plaguicidas

## **ATRIBUTO 5 PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

### **Marco Conceptual**

La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas<sup>42</sup>.

En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran en gran medida en los jóvenes (15 a 24 años de edad). Para que sean eficaces, los programas de prevención deberán ocuparse de la salud sexual y garantizar la igualdad de acceso a la información sobre el VIH y las medidas preventivas, por ejemplo mediante asesoramiento y pruebas voluntarias, así como métodos y servicios anticonceptivos asequibles<sup>43</sup>.

### **Marco Jurídico Constitucional**

#### **Artículo 69 Del sistema nacional de salud**

*Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.*

#### **Artículo 71 Del narcotráfico, de la drogadicción y de la rehabilitación**

*El Estado reprimirá la producción y el tráfico ilícitos de las sustancias estupefacientes y demás drogas peligrosas, así como los actos destinados a la legitimación del dinero proveniente de tales actividades. Igualmente, combatirá el consumo ilícito de dichas drogas. La ley reglamentará la producción y el uso medicinal de las mismas.*

*Se establecerán programas de educación preventiva y de rehabilitación de los adictos, con la*

---

42. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000: 16.

43. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N°31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008:22.

*participación de organizaciones privadas.*

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

#### **Artículo 12**

- 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
- 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;[...]*

### **Convención sobre los Derechos del Niño**

#### **Artículo 24**

- 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*
- 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

*[...]e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;[...]*

#### **Artículo 25**

*Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.*

#### **Artículo 33**

*Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.*

### **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

#### **Artículo 10 Derecho a la Salud**

[...] 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: [...]e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, [...]

## **Leyes, Decretos y Resoluciones**

Ley VIH-SIDA N°3940/09 de Prevención y Control, establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que en su artículo 1 establece: la presente ley tiene como objetivo garantizar el respeto, la protección y la promoción de los Derechos Humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y establecer las medidas preventivas para evitar la transmisión.

Ley N° 2969/06 “Que aprueba Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”

Ley N° 2138/03 que establece la obligatoriedad de los estudios dentro de los siete días de vida del recién nacido en las instituciones públicas o privadas donde se produzcan nacimientos, responsabilizando a los padres, tutores o guardadores, en aquellos casos en que el nacimiento no haya sido atendido por profesionales o retirado del centro antes de las veinticuatro horas.

Decreto N° 4174/10 “Por el cual se reglamenta el cumplimiento del Art. 8° de la Ley 2969/06 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco”

Decreto N° 4106/10 “Por el cual se reglamenta el cumplimiento del Art. 11° de la Ley 2969/06 que aprueba el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco.

Prevención y atención de las principales infecciones de transmisión sexual y el VIH

Resolución N° 433/06 que obliga a los proveedores de salud del país a ofrecer las pruebas para VIH y Sífilis (VDRL) a todas las embarazadas que acuden a los servicios de salud del MSPyBS

Resolución N° 1168/2006 se establece la AIEPI (Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia) en todos los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del MSPyBS como un instrumento para la detección precoz y el tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de niños y niñas menores de 5 años.

## **Políticas, Programas y Planes**

Políticas Públicas de Salud y Calidad de Vida con Equidad. Resolución N° 131/08

Política Nacional de Prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas: La política nacional de prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas es la acción del gobierno, refrendada a través de un decreto, para prevenir las consecuencias perjudiciales derivadas de este hecho y asegurar el acceso al tratamiento y rehabilitación.

La Política Nacional de Salud Mental 2011-2020, que dispone su Implementación y Ejecución en todo el país fue aprobada mediante Resolución N° 1097/10.

Programa Nacional de Control de la Diabetes: Este programa busca mejorar la Salud y Calidad de Vida de las personas susceptibles y con Diabetes Mellitus del Paraguay. Cuyos objetivos son objetivos: Prevenir el desarrollo de la Diabetes Mellitus en personas susceptibles; Reducir la morbilidad causada por la Diabetes Mellitus; Reducir la aparición de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus; Reducir la discapacidad causada por la Diabetes Mellitus.

Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental: El Programa de Prevención

de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental se ocupa de la detección neonatal en el Paraguay y como tal se encarga de descubrir y tratar enfermedades en el recién nacido difíciles de reconocer clínicamente pues carecen de síntomas específicos durante los primeros días de vida.

Plan Estratégico Nacional De Control de la Tuberculosis Multidrogo Resistente TB-MDR: Este plan tiene como objetivo “Contribuir a la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB-MDR a través del acceso universal al diagnóstico y tratamiento de acuerdo a los estándares internacionales al 100% de los casos de TB-MDR estimados en Paraguay al 2020”.

Plan de contingencia de vigilancia de la salud 2012 – 2015: El siguiente plan de contingencia tiene como meta proponer directrices para la Organización de vigilancia de la salud y la elaboración conjunta de estrategias de acción que Orienten medidas de prevención y control de situaciones de riesgo de importancia que puedan estar asociados a la ocurrencia de eventos de esta naturaleza.

El Plan IRAS 2011: El Plan IRAs 2011 es un marco para la implementación operativa de estrategias y acciones con vistas a dar respuesta a la ocurrencia de eventos de enfermedades respiratorias agudas en el Paraguay durante el año 2011, aplicando todas las estrategias y acciones previstas en el Plan de Preparación y Respuesta a la Pandemia de Influenza actualizado durante el año 2009; así como todas las medidas complementarias para atender a otras Infecciones Respiratorias Agudas, propuestas por las diferentes Direcciones Generales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) que coordinan los diversos componentes de este Plan.

## **El Derecho a la Salud y Algunos Grupos Específicos**

El derecho a la salud considerado desde el enfoque de los derechos humanos supone el abordaje de obstáculos especiales que afrontan determinados grupos como consecuencia de factores condicionantes de discriminación y estigma social, o una combinación de éstos; que los posiciona en una situación de vulnerabilidad, y que a la vez, suponen el reconocimiento de los Estados para la satisfacción de sus necesidades especiales, adoptando acciones afirmativas para garantizar el goce de este derecho.

### **Niños, Niñas y Adolescentes**

[...] En los [...] instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades<sup>44</sup>.

En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar [término] a las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones<sup>45</sup>. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria

---

44. Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

45. Véase la resolución WHA 47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada “Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994.

y decente y participar en las actividades de su comunidad <sup>46</sup>.

El párrafo 22 de la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales expresa que los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva. Finalmente el párrafo 24 de la Observación General N° 14 hace referencia a que la consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud [...] será el interés superior del niño y el adolescente.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 54 sobre la protección al niño**

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente.

### **Artículo 56 Sobre la juventud**

Se promoverán las condiciones para la activa participación de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural del país.

Marco Jurídico Internacional

## **Convención sobre los Derechos del Niño**

### **Artículo 6**

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

### **Artículo 24**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

---

46. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:22.

- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
  - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
  - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
  - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

## **Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre**

### **Artículo 7 Derecho de protección a la maternidad y a la infancia.**

Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

## **Convención Americana sobre los Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”**

### **Artículo 19 Derechos del Niño**

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

## **Mujeres**

Las Mujeres se enfrentan a problemas de salud especiales y formas concretas de discriminación y, [particularmente], algunos grupos afrontan múltiples formas de discriminación, obstáculos y marginación, además de la discriminación por razones de género.

El Comité [de Derechos Económicos Sociales y Culturales] recomienda [con relación a la perspectiva de género] que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud<sup>47</sup>.

Con relación a la mujer y el derecho a la salud, la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales expresa en el párrafo 21 que para suprimir la discriminación contra

---

47. Observación General N° 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000:20.

la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. [...] También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 48**

*El hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional.*

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**

#### **Artículo 10**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: [...] h) *Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.*

### **Convención para Prevenir y Sancionar toda Forma de Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem do Pará"**

#### **Artículo 3**

Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

#### **Artículo 4**

*Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.*

*Estos derechos comprenden, entre otros:*

- a. el derecho a que se respete su vida;*
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;*
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personales; [...]*

## **Adultos Mayores**

## Marco Conceptual

Los adultos mayores están más expuestos a un deterioro súbito de sus niveles de vida a medida que su salud se deteriora por la edad, por lo que requieren de una atención especial que asegure el disfrute integral de todos sus derechos, sobre todo el derecho a un nivel de vida adecuado, con inclusión de alimentación y vivienda y acceso a la salud. Desgraciadamente, la población mayor de 65 años que recibe jubilaciones o pensiones ha disminuido dramáticamente en los últimos años, pasando de un 32% (2000) a un 18% (2009) de la población<sup>48</sup>.

## Marco Jurídico Constitucional

### Artículo 57 Sobre la tercera edad

Toda persona en la tercera edad tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio.

## Marco Jurídico Internacional

### Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”

#### Artículo 17 Protección de los Ancianos

*Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad.*

*En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:*

- a. proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;*
- b. ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; y*
- c. estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.*

## Personas con Discapacidad

El derecho a la salud de las personas con discapacidad se encuentra estrechamente relacionado con el principio de la no discriminación y otros principios de autonomía individual, participación e inclusión en la sociedad, respeto por la diferencia, accesibilidad, igualdad de oportunidades y respeto de la evolución de los niños con discapacidad<sup>49</sup>.

[Cabe señalar] que las personas con discapacidad afrontan diversos obstáculos para disfrutar de su derecho a la salud. [...] El personal médico a veces considera a las personas con discapacidad más

---

48. Panorama Social de América Latina (nota 1 supra), pág. 35 en Informe de la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Magdalena Sepúlveda Carmona. Adición. Misión al Paraguay (11 a 16 de diciembre de 2011)

49. Principios enunciados en el artículo 3 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución N°61/106, de 13 de diciembre de 2006.

como objeto de tratamientos que como titulares de derechos, y no siempre procuran obtener su consentimiento libre e informado al [momento] del tratamiento<sup>50</sup>.

Las personas con discapacidad también están desproporcionadamente expuestas a violencia y maltrato. Son víctimas de abuso físico, sexual, psicológico y emocional, desatención y explotación económica, y las mujeres están particularmente expuestas a la esterilización forzada y la violencia sexual. La violencia contra estas personas a menudo se produce en un contexto de discriminación sistémica contra ellas por un desequilibrio desproporcionado de poder. Actualmente se reconoce que no es la propia discapacidad la que puede poner en peligro a las personas que la padecen, sino las condiciones y barreras sociales con que se enfrentan, como el estigma, la dependencia de los demás para recibir atención, el género, la pobreza o la dependencia económica<sup>51</sup>.

En otros casos la discapacidad no ha sido diagnosticada o tratada, ni ha recibido paliativos, y por lo general no se le da trascendencia alguna. [...] El acceso de las personas con discapacidad que padecen [discapacidad] psicológicas o intelectuales a todo tipo de atención sanitaria se complica por el estigma y la discriminación que padecen, en contradicción de la obligación del Estado de facilitar el acceso a esos servicios en condiciones de igualdad<sup>52</sup>.

El Comité [de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su Observación General N° 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades<sup>53</sup>.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 58 sobre los derechos de las personas excepcionales**

Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social.

El Estado organizará una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran.

Se les reconocerá el disfrute de los derechos que esta Constitución otorga a todos los habitantes de la República, en igualdad de oportunidades, a fin de compensar sus desventajas.

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad**

---

50. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 24.

51. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 24 y 25.

52. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 25.

53. Observación General N°14, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000.

## **Artículo 25 Salud**

*Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:*

*a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;*

*b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;*

*c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;*

*d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;*

*e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;*

*f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.*

## **Artículo 28 Nivel de vida adecuado y protección social**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.*

*2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:*

*a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad; [...]*

# **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”**

## **Artículo 18. Protección de los Minusválidos**

*Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial a:*

*a. ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso;*

*b. proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos;*

*c. incluir de manera prioritaria en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo; y*

*d. estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena.*

## **Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad**

### **Artículo 3**

*Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados parte se comprometen a:*

*1. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, incluidas las que se enumeran a continuación, sin que la lista sea taxativa:*

*a. Medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales*

*y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración; [...]*

*2. Trabajar prioritariamente en las siguientes áreas:*

*a. La prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles;*

*b. La detección temprana e intervención, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; y*

*c. La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.*

## **Pueblos Indígenas**

El párrafo 27 de la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales afirma que habida cuenta del derecho y la[s] práctica[s] internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas<sup>54</sup>, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

## **Marco Jurídico Constitucional**

### **Artículo 62 De los Pueblos Indígenas y grupos étnicos**

La Constitución paraguaya reconoce la existencia de los pueblos indígenas, definidos como grupos de cultura anteriores a la formación y a la organización del Estado paraguayo.

Otra novedosa disposición atinente a la Libre Determinación incorporada por la Constitución Paraguaya de 1992 es la ampliación del sujeto de este derecho a los pueblos indígenas a los que el Estado reconoce su existencia como “grupos de cultura anteriores a la formación y organización del Estado Paraguayo”(artículo 62) y les garantiza: ...[El derecho]a preservar y a desarrollar su identidad étnica en el respectivo hábitat y a aplicar libremente sus sistemas de organización

---

54. Entre las recientes normas internacionales relativas a los pueblos indígenas cabe mencionar el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989); los apartados c) y d) del artículo 29 y el artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); el apartado j) del artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992), en los que se recomienda a los Estados que respeten, preserven y conserven los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas; la Agenda 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), en particular su capítulo 26, y la primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) en el que se señala que los Estados deben adoptar de común acuerdo medidas positivas para asegurar el respeto de todos los derechos humanos de los pueblos indígenas, sobre la base de no discriminación. Véase también el preámbulo y el artículo 3 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (1992), y el apartado e) del párrafo 2 del artículo 10 de la Convención de las Naciones Unidas de lucha contra la desertificación en los países afectados por sequía grave o desertificación, en particular en África (1994). En los últimos años un creciente número de Estados han modificado sus constituciones y promulgado legislación en la que se reconocen los derechos específicos de los pueblos indígenas.

política, social, económica, cultural y religiosa, al igual que la voluntaria sujeción a sus normas consuetudinarias para la regulación de la convivencia interior siempre que ellas no atenten contra los derechos fundamentales establecidos en [la] Constitución”(artículo 63) <sup>55</sup>.

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial**

En su artículo 1º sobre la “Observación sobre su aplicación” se establece

1. En la presente Convención la expresión “discriminación racial” denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

Por su parte, el artículo 5, también referido a la Observación general sobre su aplicación, garantiza en el inciso e) los derechos económicos, sociales y culturales y en su inciso d), apartado iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;

### **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas**

#### **Artículo 7**

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.[...]

#### **Artículo 21**

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.*

*2 Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.*

## **Marco Jurídico Nacional**

Ley Nº 234/93 que ratifica el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes.

Ley Nº 904/81 “Estatuto de las Comunidades Indígenas”

Ley Nº 839/80 Código Sanitario

Ley Nº 1032/96 Sistema Nacional de Salud

---

55. Propuesta de Plan Nacional de Derechos Humanos, 2011: 24

## Marco Jurídico Institucional y Política Nacional

Resolución N° 143/08 que aprueba la Política Nacional de Salud Indígena. Cabe señalar que dicha Política se basa en los siguientes principios:

- Universalidad
- Integralidad
- Equidad
- Participación Ciudadana
- Interculturalidad

Resolución N° 653/09 que consolida la Política Nacional de Salud Indígena

Resolución N° 311/10 que crea la Dirección General de Salud Indígena del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 1/11 que crea el Consejo de Salud Indígena, organismo consultivo y asesor de la Dirección Nacional de Salud Indígena en la implementación de la Política Nacional de Salud Indígena.

### Personas que viven con el VIH/SIDA

En general se reconoce que el VIH/SIDA plantea muchas cuestiones en relación con los derechos humanos. Por el contrario, la protección y promoción de éstos son decisivas para prevenir la transmisión del virus y reducir el efecto de la enfermedad en la vida de las personas [...].

Los vínculos que existen entre la pandemia del VIH/SIDA y la pobreza, el estigma y la discriminación, incluida la basada en el género y la orientación sexual, son ampliamente reconocidos<sup>56</sup>.

El acceso universal a la atención y el tratamiento también son un componente importante del derecho a la salud de las personas que viven con el VIH/SIDA. Asimismo, es importante garantizar la disponibilidad de medicamentos y reforzar la prevención contra el virus, por ejemplo, proporcionando preservativos e información y educación sobre él, y previniendo la transmisión de madre a hijo. Las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos ofrecen nuevas indicaciones de cómo garantizar los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA<sup>57</sup>.

### Marco Normativo Nacional

Ley N° 3.940/09, Que establece Derechos, Obligaciones y Medidas Preventivas con Relación a los Afectos Producidos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Ley 102/91 – Que establece normas sobre control y prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), en su Artículo 3, prescribe “Todo personal de salud en los niveles universitarios y de

---

56. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 30.

57. Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006 (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.XIV.4), resolución 60/1 de la Asamblea General, de 16 de septiembre de 2005, sobre el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, y resolución 60/224 de la Asamblea General, de 23 de diciembre de 2006.

educación especializada, tanto del sector público como privado, debe orientar, educar y ejecutar prestaciones de salud sobre la infección causada por el VIH/SIDA a toda la población sin distinción

Ley N° 4/92 – Que aprueba la Adhesión de la República al “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”

Ley N° 1215/86 – Que aprueba la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer

## **Marco Jurídico Institucional**

Resolución N° 246, de fecha 12 de abril de 2011, Por la cual se Aprueba la “Norma Clínica para la Eliminación Materno infantil del VIH y de la SÍFILIS Congénita en el Paraguay”, y se dispone su aplicación obligatoria por parte de los profesionales de la salud tanto del Sector Público como Privado, en todo el territorio nacional.

Resolución N° 369, de fecha 3 de julio de 2003, Por la cual se aprueban las Normas de Tratamiento Antiretroviral para las personas con VIH/SIDA obligatorio, en todos los Servicios de Salud dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 369, de fecha 3 de julio de 2003 Por la cual se Aprueban las Normas Nacionales de Tratamiento Antiretroviral para las personas con VIH/SIDA, y se dispones su Implementación y Aplicación, en carácter obligatorio, e todos los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 203, de fecha 11 de abril de 2005, Por la cual se Autoriza al Centro Nacional de transfusión Sanguínea, la Provisión de Unidades de Sangre, dentro de sus disponibilidades as la Asociación Ministerio “Alto Refugio” de la Misión Evangélica Menonita – MEM, que será destinadas a Pacientes con HIV/SIDA.

Resolución 693, de fecha 25 de agosto de 2005, Por la cual se establece la Gratuidad de los Test Laboratoriales para el Diagnóstico de la Sífilis y VIH en Embarazadas y sus Parejas; en todos los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resolución N° 1392, de fecha 2 de diciembre de 2011, Por la cual se Reconoce al Comité para la disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) como instancia Multisectorial para apoyar y fortalecer el Desarrollo y la Consolidación del Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, y a la Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de otras infecciones de Trasmisión Sexual; y se aprueba su Plan Estratégico 2011 – 2015.

Resolución N° 114, de fecha 24 de febrero de 2012 Por la cual se dispones que los Laboratorios Referenciales de Tuberculosis, ITS – VIH, Lepra, Chaguas y Leishmaniosis Tegumentaria y Visceral, de los Programas de Salud pasen a formar parte de la Estructura del Laboratorio Central de Salud Pública.

## **Marco jurídico internacional**

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, emitida en Bogotá, Colombia, consagra en su Artículo XI el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, expresando: Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales  
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, en su

Artículo 12, numeral 1, compromete a los Estados a adoptar: "(...) todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicio de atención médica. Inclusive a los que se refieren a la planificación familiar.

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, versión consolidada de 2006.

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA La Asamblea General Aprueba la Declaración de compromiso en la lucha contra el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(VIH/SIDA) que figura en el anexo de la presente resolución, 8ª. Sesión plenaria, 27 de junio de 2001

Tal como enfatiza el informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos-Paraguay sobre las "Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidas contra personas por su orientación sexual" (...) en los países en los que no hay sanciones penales, las prácticas y las actitudes homofóbicas, sexistas y transfóbicas de las instituciones y el personal de atención de la salud, pueden disuadir a las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans de recabar servicios, lo cual tiene a su vez un efecto negativo en los esfuerzos por luchar contra el VIH/SIDA y otros problemas de salud. Entre las preocupaciones de los posibles pacientes cabe mencionar la vulneración de la confidencialidad, el aumento del estigma y las represalias violentas".

## Marco Jurídico Constitucional

### Artículo 46. De la igualdad de las personas.

Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien.

Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios.

### Migrantes

Aunque la migración tiene consecuencias en el derecho a la salud tanto en el país de origen como en el de acogida, la presente sección se concentra en los migrantes que se encuentran en el país de acogida. Su disfrute del derecho a la salud a menudo está limitado por el mero hecho de ser migrantes, además de otros factores como la discriminación, el idioma y las barreras culturales, o su situación legal. Aunque afrontan problemas específicos por su condición y situación concretas [...], muchos migrantes tropezarán con obstáculos similares para disfrutar de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud<sup>58</sup>.

Principales dificultades con que se enfrentan los migrantes -especialmente los migrantes indocumentados- con respecto a su derecho a la salud<sup>59</sup>.

- Por lo general, los sistemas de salud estatales no ofrecen una cobertura sanitaria suficiente a los migrantes, y a menudo éstos no pueden sufragar un seguro médico. Los trabajadores del sexo

---

58. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 27.

59. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo N° 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 28 y 29.

migrantes y los migrantes indocumentados, en particular, tienen escaso acceso a los servicios sociales y de salud.

- Los migrantes tienen dificultades para acceder a información sobre las cuestiones sanitarias y los servicios disponibles. Es frecuente que el Estado no proporcione información adecuada.

- Los migrantes indocumentados no se atreven a solicitar atención sanitaria por el temor a que el personal de salud los denuncie a las autoridades de inmigración.

- Las trabajadoras domésticas son particularmente vulnerables a abusos sexuales y violencia.

- Los trabajadores migratorios a menudo trabajan en condiciones poco seguras e insalubres.

- Los trabajadores migratorios pueden estar más expuestos a un comportamiento sexual arriesgado debido a la vulnerabilidad de su situación, lejos de sus familias, y su exclusión de los principales programas de prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Por tanto, su situación es propicia a una rápida propagación de esas enfermedades.

- Las condiciones imperantes en los centros de detención de migrantes indocumentados también pueden propiciar la propagación de enfermedades.

- Las personas que son objeto de trata son sometidas a violencia física y malos tratos y se enfrentan con enormes obstáculos en relación con su derecho a la salud reproductiva (enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por VIH/SIDA, embarazos no deseados, abortos en condiciones peligrosas)<sup>60</sup>.

Por su parte, El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, en su recomendación general Nº 30 (2004) sobre los no ciudadanos, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general Nº 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, subraya que los Estados Partes deben respetar el derecho de los no ciudadanos a un nivel adecuado de salud física y mental, entre otras cosas, absteniéndose de negar o limitar su acceso a los servicios de salud preventiva, curativa y paliativa. El Relator Especial sobre el derecho a la salud también ha subrayado que a los solicitantes de asilo o a las personas indocumentadas que estén enfermos, por el hecho de ser algunas de las personas más vulnerables de la población, no se les denegará su derecho humano a asistencia médica<sup>61</sup>.

## **Marco Jurídico Internacional**

### **Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares**

#### **Artículo 9**

El derecho a la vida de los trabajadores migratorios y sus familiares estará protegido por ley.

---

60. Ídem

61. El Derecho a la Salud, Folleto Informativo Nº 31, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008: 28 y 29.

## **Artículo 25**

Los trabajadores migratorios y sus familias gozarán de un trato que no sea menos favorable que el que reciben los nacionales del Estado de empleo en lo tocante a condiciones de trabajo, en particular en la seguridad y la salud.

## **Artículo 28**

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.



*INDICADORES DE  
PROCESO Y RESULTADO*  
**SOBRE EL DERECHO  
A LA SALUD**

*INDICADORES  
TRANSVERSALES*  
**A TODOS LOS  
ATRIBUTOS**



## INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD INDICADORES TRANSVERSALES A TODOS LOS ATRIBUTOS

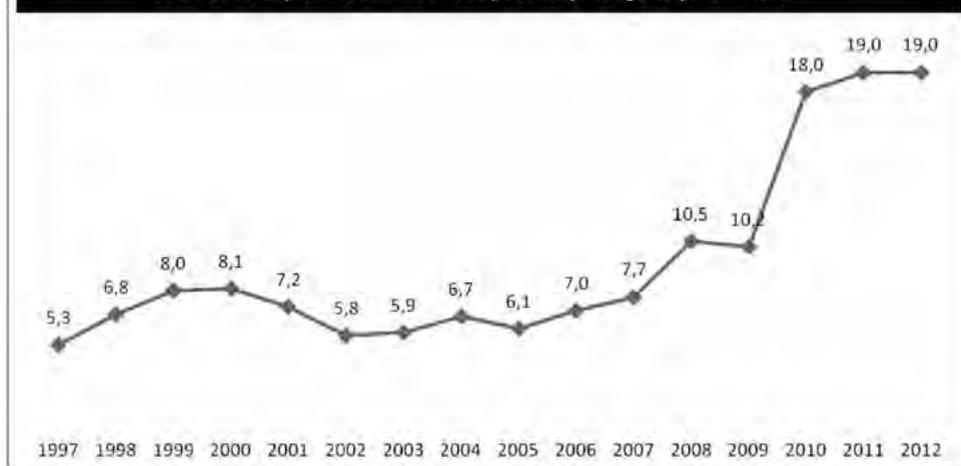
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b> <b>Porcentaje gasto público en salud</b>	
ATRIBUTO	TIPO DE INDICADOR
Transversal a todos los atributos	Proceso
<b>Definición</b>	Cociente entre el gasto previsto en salud que realiza el Gobierno en un periodo determinado y el total presupuestado en el PGGN del mismo periodo, por 100.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje Gasto público en salud (GPS)</p> $GPS = \frac{nGPS}{TPGG} \times 100$ <p>nGPS: Gasto público para el sector salud en un año determinado TPGGN: total del Presupuesto General de Gastos de la Nación del mismo periodo.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la inversión prevista en PGGN presupuestado por el gobierno en el ámbito de la salud en un periodo determinado.
<b>Fuente</b>	Dirección General de Planificación y Evaluación (Dirección de Economía de la Salud)
<b>Desagregación deseada</b>	Por programas específico; Presupuestado y ejecutado
<b>Desagregación disponible</b>	Nacional
<b>Periodo disponible</b>	1997-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Permite visualizar la inversión pública en salud en relación al total del PGGN.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total (%)**

Total País	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje	7,2	5,8	5,9	6,7	6,1	7,0	7,7	10,5	10,2	18,0	19,0	19,0

Fuente: DGPE, 2012. En base a SICO (Ministerio de Hacienda) y BCP

**Gráfico: Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total**



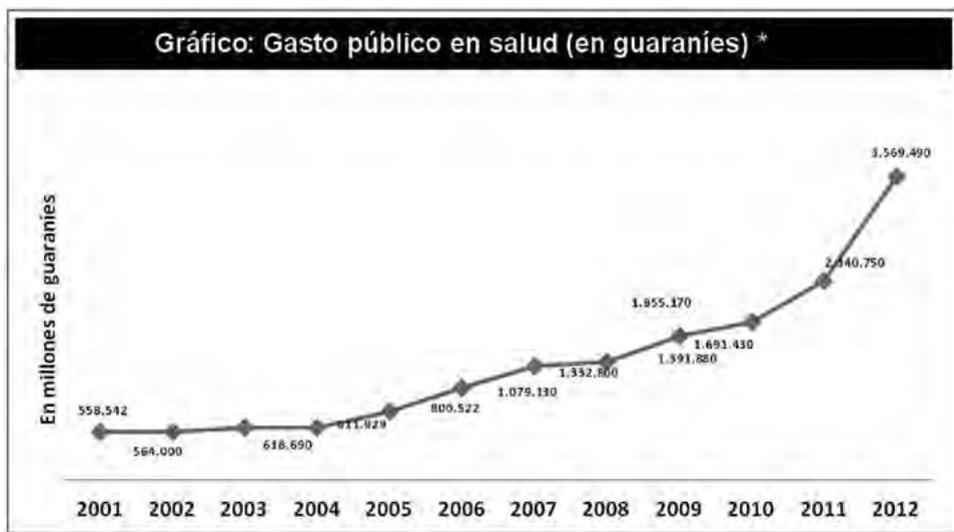
Fuente: DGPE, 2012. En base a SICO (Ministerio de Hacienda) y BCP

Cuadro: Gasto público en salud (en guaraníes) \*

REGIONES SANTARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	8.016.436.215	11.553.602.048	15.330.373.769	16.930.177.448	17.295.773.990	21.135.315.007	23.377.602.509	38.814.664.629
02 San Pedro	s/d	s/d	s/d	s/d	12.030.696.406	18.890.131.905	26.993.799.668	31.339.461.538	32.313.631.552	41.185.872.259	40.380.190.361	85.430.756.123
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	11.105.572.218	16.936.328.348	23.949.342.411	27.038.878.864	28.056.761.081	31.484.777.746	32.944.342.144	57.467.909.695
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	8.159.927.570	12.088.890.354	17.642.266.147	21.296.240.652	21.371.544.522	24.639.741.547	27.339.298.444	40.807.457.435
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	10.106.682.571	16.556.895.021	24.520.961.238	28.087.500.338	22.201.424.882	37.295.771.043	39.393.350.657	65.920.587.198
06 Caazapa	s/d	s/d	s/d	s/d	6.540.641.020	10.474.552.944	15.602.045.611	16.453.098.303	16.106.204.871	19.485.478.650	21.265.514.277	35.074.200.950
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	10.891.526.017	16.523.497.461	22.666.972.257	25.100.390.612	24.787.608.485	28.516.461.834	32.336.378.915	60.258.318.974
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	8.304.970.688	11.705.191.614	14.706.339.724	15.883.361.105	17.999.961.214	21.874.648.109	25.164.618.541	40.203.716.386
09 Paraguarí	s/d	s/d	s/d	s/d	10.984.341.344	17.108.382.594	26.443.974.619	29.081.545.219	31.851.669.956	36.087.091.999	43.103.338.364	61.759.650.333
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	15.018.138.648	22.086.123.237	30.791.278.948	31.868.374.027	24.889.613.469	40.083.517.240	47.560.514.450	78.329.323.484
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	14.608.695.457	26.010.305.204	36.270.034.219	33.360.306.911	31.105.663.682	38.155.850.751	38.816.132.544	65.218.536.970
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	7.148.768.043	10.398.038.116	14.008.829.667	15.888.290.614	15.974.887.283	19.300.745.524	19.361.889.329	32.283.380.056
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	4.972.687.261	7.611.867.933	11.041.248.053	11.590.477.467	11.291.549.228	12.526.281.655	13.524.958.926	25.697.946.112
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	6.004.599.861	8.867.865.498	12.924.537.946	13.259.486.564	12.798.650.145	15.229.561.900	16.190.626.674	29.403.041.049
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	5.081.257.821	7.925.480.827	10.665.859.625	12.004.945.306	12.726.807.185	13.992.422.154	14.302.478.231	25.367.320.799
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	2.753.020.328	4.112.181.539	5.512.177.338	5.704.213.427	5.323.628.131	5.227.027.117	5.361.939.633	15.937.264.271
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	2.613.239.408	3.296.622.425	4.623.381.740	5.069.204.844	4.245.243.198	4.539.031.695	5.264.143.546	12.855.619.160
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	12.836.616.821	18.834.662.224	24.907.737.204	28.882.010.917	32.224.078.915	37.169.752.239	37.302.632.111	55.395.340.290
<b>Total</b>	<b>558.542.000,00</b>	<b>564.000,00</b>	<b>618.890,00</b>	<b>611.928,00</b>	<b>800.522.000,00</b>	<b>1.078.130.000,00</b>	<b>1.332.800.000,00</b>	<b>1.391.880.000,00</b>	<b>1.691.430.000,00</b>	<b>1.855.170.000,00</b>	<b>2.340.750.000,00</b>	<b>3.569.490.000,00</b>

Fuente: Dirección General de Administración y Finanzas. MSP/BS

\* Corresponde al presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. No incluye IPS, ni otros subsectores como la sanidad policial y militar.



Fuente: Dirección General de Administración y Finanzas, MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Gasto público en salud per cápita**

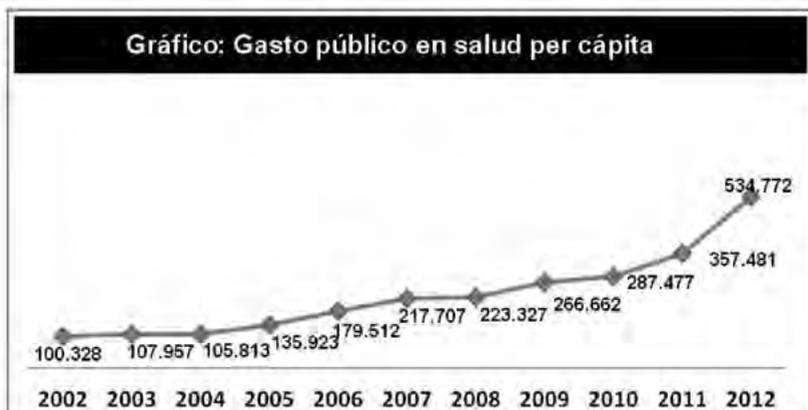
ATRIBUTO Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales	TIPO DE INDICADOR Proceso
<b>Definición</b>	Gasto promedio en salud que realiza el gobierno por cada habitante, en un periodo determinado.
<b>Forma de cálculo</b>	Gasto público en salud per cápita (GpC)  $GpC = \frac{TGS}{PT}$ Donde: TGS: Total del gasto que destina el gobierno a la salud (guaraníes).  PT: Población total
<b>Unidad de medida</b>	Guaraníes por persona
<b>Relevancia</b>	Mide la dimensión del Gasto Público en Salud de acuerdo al promedio de gasto por persona.
<b>Fuente</b>	Dirección General de Planificación y Evaluación. Base de datos de la Dirección General de Administración y Finanzas
<b>Desagregación deseada</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria (2005-2012).
<b>Periodo disponible</b>	2002 al 2012
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales, del Gasto Público en Salud en relación al gasto por per cápita.  Subsidiar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de Salud.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Gasto público en salud per cápita por Región Sanitaria\***

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	42.248	60.843	80.671	89.022	90.561	10.968	12.916	204.364
02 San Pedro	s/d	s/d	s/d	s/d	34.711	54.173	76.940	88.786	90.995	16.288	10.584	237.246
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	42.673	64.253	89.722	100.045	106.199	10.722	16.247	203.080
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	42.377	62.497	90.785	109.083	108.966	125.056	108.407	206.065
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	21.508	35.072	51.720	59.953	46.387	77.552	81.537	196.468
06 Caazapa	s/d	s/d	s/d	s/d	43.833	69.934	103.906	109.299	106.727	128.665	140.705	231.643
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	21.777	32.343	43.837	47.974	46.626	53.251	59.803	10.379
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	74.525	104.008	129.407	108.421	155.372	187.038	219.487	338.421
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	46.358	72.044	111.110	125.277	133.285	150.629	179.896	257.723
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	22.411	32.159	43.768	44.248	33.775	53.185	63.106	99.688
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	8.480	14.517	19.491	17.286	15.561	18.455	18.111	29.362
12 Ñembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	86.981	126.011	189.095	186.215	191.304	230.228	232.943	383.784
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	40.471	63.322	89.112	93.125	90.446	99.938	107.791	204.584
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	36.700	52.904	75.303	75.490	71.240	82.919	89.524	153.583
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	53.752	82.289	108.710	120.200	125.194	135.276	136.046	237.464
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	55.272	80.007	104.028	106.170	84.793	90.508	104.416	260.809
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	223.201	283.361	399.916	443.911	371.966	400.303	467.243	1.162.885
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	352.500	356.011	330.765	382.553	452.332	448.626	416.679	360.686
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>100.328</b>	<b>107.957</b>	<b>105.813</b>	<b>135.923</b>	<b>179.512</b>	<b>217.707</b>	<b>223.327</b>	<b>266.662</b>	<b>287.477</b>	<b>357.481</b>	<b>534.772</b>

Fuente: DGPE en base a datos de la Dirección General de Administración y Finanzas. MSPyBS, 2012.

Nota: \*Presupuesto asignado a la Región Sanitaria y al MSPyBS en general.



Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación. Base de datos de la Dirección General de Administración y Finanzas.

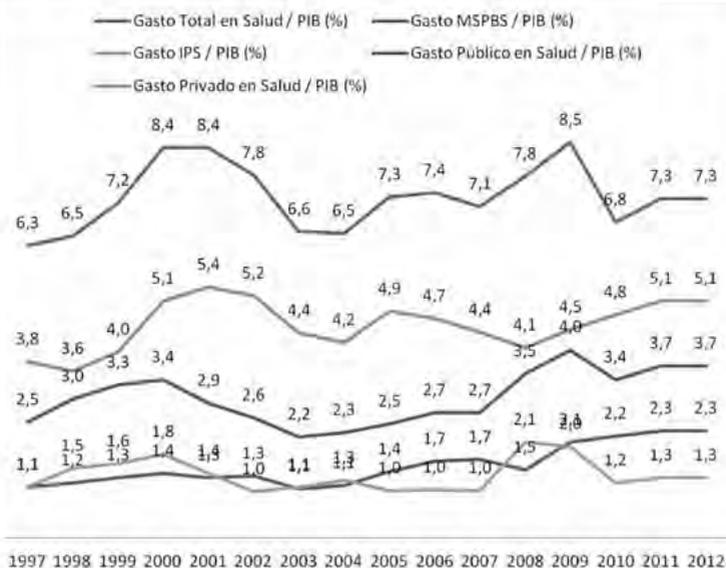
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Transversal a todos los atributos	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud, calculado en la moneda nacional y a precios corrientes. Abarca la prestación de servicios de salud preventivos y curativos, pero no incluye el suministro de agua potable ni saneamiento básico. El gasto público en salud es la suma del presupuesto asignado al MSPyBS y al IPS.
<b>Forma de cálculo</b>	Gasto en salud como proporción del PIB (GPSxPIB)  $GSxPIB = \frac{nV}{PIB} \times 100$ nV Valor total de las prestaciones como acciones y servicios de salud  PIB: Valor de Producto Bruto Interno
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la dimensión del Gasto en Salud de acuerdo al PIB Indica la participación relativa del sectores público y privado en la atención a la salud, así como de los subsectores del MSPyBS y el IPS.
<b>Fuente</b>	Dirección General de Planificación y Evaluación (Dirección de Economía de la Salud)
<b>Desagregación deseada</b>	Por sector: público y privado. Por subsector público: IPS y MSPyBS. Por programas específicos. Por regiones sanitarias.
<b>Desagregación disponible</b>	Nacional. Por sector: público y privado. Por subsector público: IPS y MSPyBS.
<b>Periodo disponible</b>	1997-2012
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones temporales, del Gasto Público y Gasto Privado en Salud en relación al PIB.  Delinear espacios de cada nivel de gobierno para el financiamiento de Políticas de Salud.  Subsidiar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de Salud.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro. Gasto en Salud como porcentaje del PIB**

TOTAL país	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto Total en Salud / PIB (%)	6,3	6,5	7,2	8,4	8,4	7,8	6,6	6,5	7,3	7,4	7,1	7,8	8,5	6,8	7,3	7,3
Gasto MSPBS / PIB (%)	1,1	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1	1,4	1,7	1,7	1,5	2,1	2,2	2,3	2,3
Gasto IPS / PIB (%)	1,1	1,5	1,6	1,6	1,4	1,0	1,1	1,3	1,0	1,0	1,0	2,1	2,0	1,2	1,3	1,3
Gasto Público en Salud / PIB (%)	2,5	3,0	3,3	3,4	2,9	2,6	2,2	2,3	2,5	2,7	2,7	3,5	4,0	3,4	3,7	3,7
Gasto Privado en Salud / PIB (%)	3,8	3,6	4,0	5,1	5,4	5,2	4,4	4,2	4,9	4,7	4,4	4,1	4,5	4,8	5,1	5,1

Fuente: DGPE. MSPyBS, 2012. En base a SICO(MH) y BCP

**Cuadro. Gasto en Salud como porcentaje del PIB**



Fuente: DGPE. MSPyBS, 2012. En base a SICO(MH) y BCP.

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Recursos financieros de cooperación externa orientado al sector salud</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Transversal a todos los atributos	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Total de recursos financieros de cooperación externa en un periodo determinado
<b>Forma de cálculo</b>	Recursos financieros de cooperación externa orientado al sector salud
<b>Unidad de medida</b>	Monto
<b>Relevancia</b>	Mide la inversión de la cooperación internacional en el ámbito de la salud en un periodo determinado.
<b>Fuente</b>	Dirección General de Planificación y Evaluación (Dirección de Economía de la Salud)
<b>Desagregación deseada</b>	Por programa específicos, Por Región Sanitaria
<b>Desagregación disponible</b>	Nacional. Por programas específicos.
<b>Periodo disponible</b>	2001-2009
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Permite visualizar la cooperación internacional y compararlo con la inversión nacional orientada a salud.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

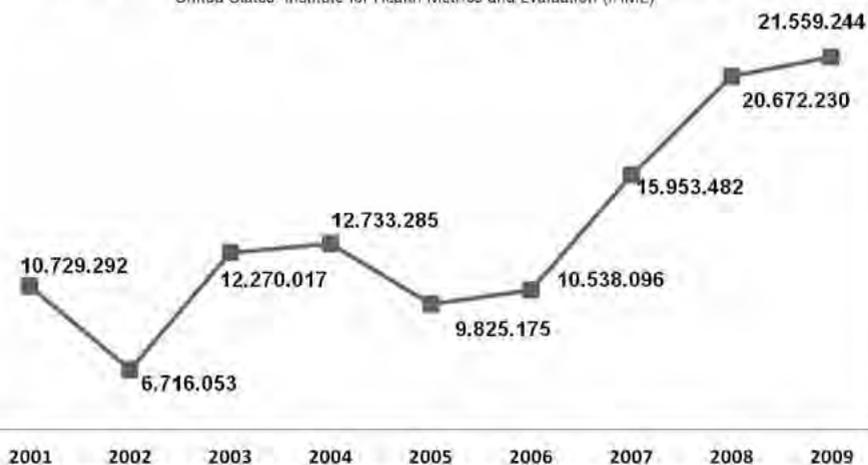
**Cuadro: Monto destinado por la cooperación internacional a la salud en Paraguay**

Áreas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Matemoinfantil	6.394.173	2.864.695	4.751.465	3.233.632	2.103.297	3.830.071	1.953.940	2.201.095	3.846.159
Otras áreas	4.335.119	3.851.358	7.518.553	9.499.653	7.721.876	6.706.025	13.999.542	18.471.135	17.713.064
Programas de salud	-	-	-	-	279.676	144.302	340.097	1.278.444	524.231
No transmisibles	-	-	-	-	5.498	69.548	153.022	21.502	5.000
VIH	-	-	-	-	-	26.576	1.041.898	2.288.026	3.825.418
Tuberculosis	-	-	-	492.214	517.399	307.895	669.058	1.539.763	1.414.371
<b>Total: Cooperación Internacional (en dólares del 2009)</b>	<b>10.729.292</b>	<b>6.716.053</b>	<b>12.270.017</b>	<b>12.733.285</b>	<b>9.825.175</b>	<b>10.530.096</b>	<b>15.953.482</b>	<b>20.672.230</b>	<b>21.559.244</b>

Fuente: IHME DAH Database country and regional recipient level database 1990-2009. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2011, retrieved Jan 2012.

### Gráfico: Monto destinado por la cooperación internacional a la salud en Paraguay (en dólares)

Fuente: IHME DAH Database country and regional recipient level database 1990-2009. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)



*INDICADORES DEL  
ATRIBUTO:*  
**SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA**



**INDICADORES DEL ATRIBUTO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Porcentaje de parto institucional**

<b>ATRIBUTO</b> Salud Sexual y Reproductiva	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	<p>Porcentaje de partos en servicio de salud en relación al total de partos, en la población residente en determinada área geográfica, en el año considerado.</p> <p>El número de partos estimados por el número informado de nacidos vivos.</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje de partos en servicios de salud (PSS)</p> $PSS = \frac{PRSS}{FE} \times 100$ <p>Donde:                      PRSS: Número de partos hospitalarios de madres residentes                      PE: Número total de partos esperados</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la ocurrencia de partos en servicio de salud en relación al total de partos informados, a partir de la base de datos de nacidos vivos.
<b>Fuente</b>	SSIEV/DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Grupos de edades: (menos de 13 años de edad, 14 a 17 años de edad, 18 A 44 años de edad, 45 y más años de edad). Región sanitaria. Etnia, Discapacidad. Atención sobre el grupo de edad de 10 a 19 años.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2004 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones de la proporción de partos de servicio de salud según área geográfica y tiempo determinado, identificando situaciones de desequilibrio que puedan demandar estudios especiales.</p> <p>Contribuir en el análisis de las condiciones de acceso y calidad de asistencia al parto en el contexto del modelo asistencial adoptado.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud destinadas para la atención materno-infantil.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de parto institucional**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	68,6%	66,3%	72,2%	78,3%	82,7%	83,3%	85,2%	87,4%
02 San Pedro	s/d	s/d	s/d	67,1%	65,2%	67,0%	73,3%	81,3%	82,4%	82,1%	84,3%
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	86,6%	87,9%	86,7%	88,4%	92,3%	93,6%	95,5%	95,8%
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	83,9%	80,8%	85,1%	88,4%	90,7%	93,7%	95,8%	97,0%
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	79,0%	75,2%	75,7%	77,3%	83,1%	84,9%	87,8%	90,2%
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	61,3%	57,9%	66,7%	70,1%	73,0%	76,3%	82,1%	85,7%
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	75,4%	77,1%	82,1%	83,8%	89,2%	91,4%	93,7%	98,3%
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	92,6%	93,7%	94,0%	94,7%	96,7%	97,7%	98,0%	98,6%
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	81,7%	82,8%	79,5%	84,5%	92,4%	92,2%	93,6%	95,8%
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	74,5%	80,3%	86,5%	89,4%	91,7%	90,9%	92,8%	93,6%
11 Central	s/d	s/d	s/d	91,9%	93,0%	95,6%	97,2%	98,2%	98,8%	98,9%	99,0%
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	90,0%	89,5%	91,6%	93,9%	94,8%	95,6%	97,0%	97,4%
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	85,7%	89,0%	89,3%	92,7%	93,0%	95,1%	94,1%	92,9%
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	72,0%	65,2%	64,6%	70,3%	74,8%	73,5%	73,2%	73,9%
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	70,3%	67,8%	69,2%	63,5%	64,3%	72,0%	72,0%	73,9%
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	77,7%	80,1%	84,1%	68,5%	83,8%	88,2%	88,7%	90,3%
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	78,7%	66,5%	83,0%	73,6%	77,0%	78,6%	90,5%	87,4%
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	99,5%	99,4%	99,5%	99,7%	99,9%	99,2%	99,0%	98,6%
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>84,0%</b>	<b>84,2%</b>	<b>86,5%</b>	<b>88,8%</b>	<b>91,8%</b>	<b>92,4%</b>	<b>93,5%</b>	<b>94,4%</b>

Fuente: SSIEV. Cuadro 15 - Numero y proporción de nacidos vivos, por tipo de institución según región sanitaria de ocurrencia



Fuente: SSIEV. MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado**

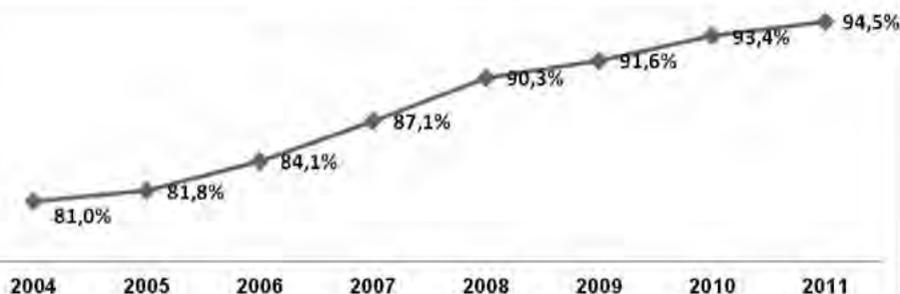
<b>ATRIBUTO</b> Salud Sexual y Reproductiva	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Porcentaje de partos asistidos por profesional calificado (médico, obstetra, licenciado en enfermería) en relación al total de partos, en la población residente en determinada área geográfica, en el año considerado. El número de partos estimados por el número informado de nacidos vivos.
<b>Forma de cálculo</b>	Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado (PAPC)  $PAPC = \frac{nPAPC}{PE} \times 100$ Donde: nPAPC: Número de partos asistidos por profesional calificado (médico, obstetra, licenciado en enfermería) de madres residentes PE: Número total de partos esperados
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la ocurrencia de partos asistidos por profesional calificado (médico, obstetra, licenciado en enfermería) en relación al total de partos informados, a partir de la base de datos de nacidos vivos.
<b>Fuente</b>	SSIEV/DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Grupos de edades: (menos de 13 años de edad, 14 a 17 años de edad, 18 A 44 años de edad, 45 y más años de edad). Región sanitaria. Etnia. Discapacidad. Atención sobre el grupo de edad de 10 a 19 años.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2004 - 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones de la proporción de partos asistido por personal calificado según área geográfica y tiempo determinado, identificando situaciones de desequilibrio que puedan demandar estudios especiales.  Contribuir en el análisis de las condiciones de acceso y calidad de asistencia al parto en el contexto del modelo asistencial adoptado.  Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud destinadas para la atención materno-infantil.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado (médico, obstetra, licenciado enfermería)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	48,6%	47,1%	55,4%	63,8%	72,0%	74,8%	79,8%	81,6%
02 San Pedro	s/d	s/d	s/d	57,9%	56,3%	58,5%	67,3%	75,6%	80,9%	82,9%	84,6%
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	82,6%	85,0%	83,8%	85,5%	90,8%	92,2%	94,8%	95,5%
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	76,8%	73,5%	79,7%	82,7%	83,7%	85,7%	90,4%	94,5%
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	78,4%	77,0%	76,5%	79,6%	84,2%	85,6%	88,8%	91,2%
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	57,0%	58,7%	64,1%	69,4%	74,3%	77,3%	82,9%	86,5%
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	76,4%	78,3%	81,5%	82,4%	88,6%	91,8%	97,2%	99,0%
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	85,9%	86,7%	84,9%	85,9%	90,6%	91,7%	91,6%	92,9%
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	84,9%	85,9%	86,2%	89,7%	94,0%	94,5%	95,4%	97,2%
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	73,6%	79,5%	86,8%	89,9%	92,2%	91,8%	92,7%	94,2%
11 Central	s/d	s/d	s/d	95,1%	95,5%	97,0%	98,1%	98,8%	99,2%	99,3%	99,5%
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	85,0%	85,8%	91,0%	92,2%	93,6%	95,0%	96,9%	97,8%
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	84,8%	89,0%	88,8%	93,6%	93,3%	95,5%	94,6%	93,1%
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	58,7%	60,7%	61,9%	68,7%	72,3%	73,4%	77,7%	80,2%
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	66,8%	64,5%	70,3%	68,4%	74,0%	79,1%	80,5%	81,9%
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	66,9%	73,4%	71,5%	67,4%	71,8%	78,9%	86,4%	89,4%
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	42,2%	54,6%	66,7%	63,8%	69,0%	75,0%	81,6%	80,3%
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	99,0%	98,8%	99,0%	99,6%	99,8%	99,9%	99,9%	99,9%
<b>Total</b>	s/d	s/d	s/d	<b>81,0%</b>	<b>81,8%</b>	<b>84,1%</b>	<b>87,1%</b>	<b>90,3%</b>	<b>91,6%</b>	<b>93,4%</b>	<b>94,5%</b>

Fuente: Fuente: SSIEV cuadro 16. NUMERO Y PROPORCION DE NACIDOS VIVOS, POR TIPO DE PROFESIONAL QUE ATENDIÓ AL PARTO SEGÚN REGIONES SANITARIAS DE RESIDENCIA.

**Gráfico: Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado**



Fuente: SSIEV. MSPyBS, 2012

### NOMBRE DEL INDICADOR

**Porcentaje estimado de nacidos vivos cuyas madres han tenido al menos cuatro consulta de control prenatal**

ATRIBUTO Salud Sexual y Reproductiva	TIPO DE INDICADOR Proceso
<b>Definición</b>	Cociente entre el total de mujeres que declararon estar o estuvieron embarazadas alguna vez y que concurren a un servicio de salud a realizarse al menos cuatro consulta de control prenatal durante el periodo de gravidez; y el total de mujeres que declararon estar o estuvieron embarazadas alguna vez, expresado en porcentaje.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje estimado de nacidos vivos cuyas madres han tenido al menos cuatro consulta de control prenatal (NVAPN)</p> $NVAPN = \frac{NV \text{ al menos } 4APN}{ME} \times 100$ <p>Donde:            NV al menos 4APN: Número de nacidos vivos cuyas madres respondieron haber concurrido a un servicio de salud a realizarse al menos 4 consulta de control prenatal durante el periodo de gravidez, según Norma Nacional de Atención Prenatal, 2006. MSP y BS.            ME: Total de mujeres que declararon estar o estuvieron embarazadas alguna vez.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide el cumplimiento del estándar mínimo de controles prenatales establecido por la norma nacional del MSPyBS y la OMS.
<b>Fuente</b>	ENDS; ENMI; ENSR; ENDSSR; ENDSSR
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Área de residencia: Urbano, rural. Grupos de edad. Educación. Número de hijos. Nivel socioeconómico
<b>Período disponible</b>	1990, 1995/96, 1998, 2004, 2008
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Irregular
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud destinadas para la atención materno-infantil.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)

**Cuadro. Distribución porcentual de nacidos vivos por número de atenciones prenatales de la madre\*.**

	atenciones						NS/ NR	N de casos
	Ninguna	1	2 a 3	4	5	6 y más		
<b>TOTAL</b>	2.9	0.5	5.1	4.2	6.7	79.6	1.0	3057
<b>AREA</b>								
Area Urbana	1.0	0.3	3.1	2.5	4.9	87.0	1.1	1457
Area Rural	5.4	0.7	7.7	6.3	9.1	70.0	0.8	1600
<b>REGIÓN</b>								
Gran Asunción	0.5	0.1	2.7	2.7	4.2	88.6	1.3	644
Norte	5.7	1.9	10.6	8.5	9.2	63.3	0.8	956
Centro Sur	2.7	0.6	5.6	3.5	5.1	81.5	1.0	697
Este	4.3	0.2	4.7	4.4	9.4	76.1	0.8	760
<b>EDUCACIÓN (Años aprobados de estudio)</b>								
0-5	9.3	0.9	12.0	5.7	11.3	60.3	0.6	704
6	3.2	0.5	7.9	6.3	8.6	72.1	1.3	767
7 a 11	1.6	0.5	3.2	4.7	6.5	82.9	0.7	738
12	0.1	0.2	0.7	1.5	2.9	93.3	1.2	848
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>								
Bajo	5.6	0.7	9.2	6.8	10.3	66.5	0.9	1659
Medio	0.8	0.5	2.5	2.6	4.8	87.8	1.0	846
Alto	0.4	0.1	0.4	0.9	2.0	95.1	1.1	552
<b>IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR</b>								
Guaraní	6.4	0.8	10.5	7.2	11.3	62.6	1.1	1347
Español	0.4	0.5	1.2	1.8	3.1	91.9	1.2	614
Español y Guaraní	1.3	0.2	2.7	2.6	5.2	87.1	0.9	995
Otro idioma	2.8	0.0	3.9	7.4	2.7	83.2	0.0	101
<b>ORDEN DE NACIMIENTO</b>								
1	1.6	0.2	1.8	3.7	5.6	85.7	1.4	1016
2 a 3	2.2	0.5	4.8	3.8	5.5	82.6	0.5	1236
4 a 5	4.5	1.3	8.3	4.5	9.8	69.9	1.7	451
6 y más	9.4	0.5	15.5	7.4	12.2	54.4	0.5	354

Fuente: ENSSR, 2008 CEPEP, 2008. \* Nacidos en el periodo de junio 2003 a mayo 2008

### NOMBRE DEL INDICADOR

#### Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 44 años de edad

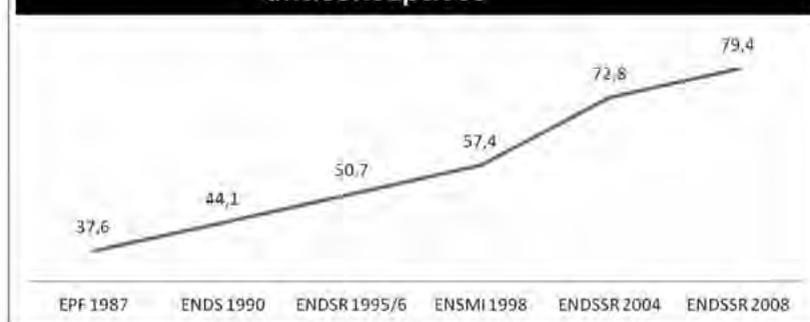
ATRIBUTO Salud Sexual y Reproductiva	TIPO DE INDICADOR Proceso
<b>Definición</b>	El porcentaje de mujeres 15 a 44 años de edad casadas o unidas que al momento de la encuesta estaban utilizando algún método anticonceptivo. Para conocer la prevalencia anticonceptiva, se les preguntó a las mujeres que habían usado alguna vez un método anticonceptivo si lo estaban usando actualmente, o lo habían usado en los últimos 30 días.
<b>Forma de cálculo</b>	Prevalencia de uso de anticonceptivos (UAC)  $UAC = \frac{MUAC}{TMCU} \times 100$ Donde: MUAC: Mujeres de 15 a 44 años de edad casadas o unidas que al momento de la encuesta estaban utilizando algún método anticonceptivo.  TMCU: Número total de mujeres 15 a 44 años de edad casadas o unidas
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Estima el porcentaje de la población de mujeres en edad fértil que usa métodos anticonceptivos.
<b>Fuente</b>	ENDS; ENMI; ENSR; ENDSSR en ENDSSR
<b>Desagregación deseada</b>	Área de residencia: Urbano, rural. Discapacidad, etnia. Nivel socioeconómico. Cuantificar la proporción de mujeres de 15 a 44 años de edad cuyas parejas usan métodos anticonceptivos
<b>Desagregación disponible</b>	Área de residencia: Urbano, rural. Grupos de edad. Educación. Número de hijos. Nivel socioeconómico, por tipo de anticonceptivo
<b>Periodo disponible</b>	1990, 1995/6, 1998, 2004, 2008
<b>Periodicidad de la actualización</b>	irregular
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analiza variaciones temporales en la proporción de mujeres de 15 a 44 años de edad casadas o unidas en uso de anticonceptivos.  Contribuye en el análisis de las condiciones de salud reproductiva de la mujer.  Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud destinadas para la salud de la mujer, en especial con el uso de métodos anticonceptivos (provisión de insumos, materiales educativos, etc).
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)

**Cuadro. PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS/ UNIDAS DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD, por tipo de método**

	ENDS 1990	ENDSR 1995/6	ENSMI 1998	ENDSSR 2004	ENDSSR 2008
<b>Usan métodos modernos o tradicionales</b>	44,1	50,7	57,4	72,8	79,4
<b>Métodos modernos</b>	35,2	41,3	47,7	60,5	70,7
Píldora	13,6	13,5	13,1	15	18
DIU	5,7	7,6	11,1	11,5	12,3
Condón	2,6	6,5	7,3	11,9	13,2
Esterilización femenina	7,4	6,8	8	11,5	9,9
Vasectomía	0	0	0	0,1	0,2
Inyectable	5,2	6,2	7,5	10,4	16,5
Métodos vaginales	0,8	0,7	0,5	0,2	0,1
MELA	-	-	-	-	0,6
<b>Métodos tradicionales</b>	8,9	9,5	9,7	12,3	8,7
Ritmo	3,3	3	2,8	6,7	4,1
Retiro	2,9	3,4	5,4	4,5	4,3
Billings	2	3,1	1,5	1	0,4
Otros	0,7	-	-	-	-
<b>No usan</b>	55,9	49,3	42,6	27,2	20,6
<b>N° de casos</b>	<b>3574</b>	<b>4586</b>	<b>2386</b>	<b>4564</b>	<b>3948</b>

Fuente: ENDSSR 2008

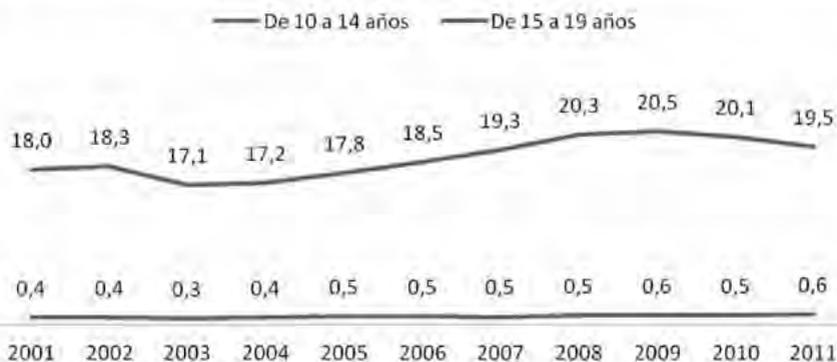
**Gráfico. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos**



Fuente: ENSDDR, CEPEP, 2008

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Porcentaje de niños nacidos de mujeres de 10 a 19 años de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	<b>Proceso</b>
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años de edad, por cada grupo de edad.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje de niños y niñas nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años de edad, por cada grupo de edad</p> $NVMA = \frac{NVMA}{TNV} \times 100$ <p>Donde:            NVBP: Número de nacidos vivos de madres residentes de 10 a 19 años de edad.            TNV: Número total de nacidos vivos de madres residentes.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje del total de nacidos vivos
<b>Relevancia</b>	<p>Mide la intensidad de los embarazos en las mujeres de 10 a 19 años de edad en relación con los demás grupos etarios.</p> <p>La edad materna puede estar asociada a condiciones de riesgo para los recién nacidos, tales como la prematuridad y el bajo peso al nacer, que tienden a ser más frecuentes en los nacidos de madres adolescentes.</p> <p>Ofrece información sobre la frecuencia de embarazo precoz, que puede ser analizada en relación a las condiciones sociales y económicas de la población.</p>
<b>Fuente</b>	SSIEV/DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	<p>Grupos de edades: (De 0 a 14 años de edad, de 15 a 19 años de edad) Ethnia.</p> <p>Total país y Región Sanitaria</p> <p>Discapacidad (motora, visual, auditiva, mental)</p>
<b>Desagregación disponible</b>	<p>Grupos de edades: 10 a 14 años y 15 a 19 años de edad.</p> <p>Total país y Región Sanitaria</p>
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar perfiles de fecundidad en el grupo etarios.</p> <p>Detectar variaciones de las tasas en los grupos de mayor riesgo reproductivo, representados por los grupos etarios extremos.</p> <p>Posibilitar el estudio dinámico de la fecundidad, mediante análisis longitudinal.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones dirigidas hacia la promoción y educación de la salud sexual y reproductiva, como también para la atención en salud materna e infantil.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Gráfico: Embarazo adolescente. Porcentaje de niños nacidos de mujeres de 10 a 19 años de edad**



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV), Departamento de Información Bioestadística - DIGIES - MSPyBS, 2000 - 2011

**Cuadro: Embarazo adolescente. Porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	0,53	0,33	0,38	0,37	0,47	0,54	0,54	0,53	0,77	0,49	0,49
02 San Pedro	0,37	0,33	0,64	0,46	0,47	0,49	0,60	0,61	0,64	0,76	0,74
03 Cordillera	0,33	0,50	0,47	0,32	0,22	0,43	0,20	0,42	0,39	0,30	0,57
04 Guairá	0,22	0,56	0,31	0,71	0,74	0,56	0,60	0,79	0,74	0,70	0,54
05 Caaguazú	0,39	0,23	0,25	0,55	0,47	0,40	0,41	0,54	0,68	0,58	0,64
06 Caazapá	0,51	0,68	0,60	0,75	0,65	0,56	0,62	0,33	0,86	0,78	0,70
07 Itapúa	0,72	0,58	0,35	0,32	0,56	0,73	0,69	0,74	0,85	0,68	0,77
08 Misiones	0,47	0,29	0,57	0,58	0,69	0,48	0,59	0,23	0,84	1,00	1,02
09 Paraguari	0,69	0,49	0,19	0,47	0,42	0,50	0,42	0,32	0,41	0,61	0,48
10 Alto Paraná	0,38	0,46	0,38	0,37	0,49	0,43	0,45	0,74	0,69	0,64	0,66
11 Central	0,24	0,30	0,21	0,25	0,32	0,32	0,26	0,33	0,38	0,34	0,34
12 Ñeembucú	0,54	1,13	0,18	0,42	0,54	0,21	0,23	0,54	0,32	0,54	0,56
13 Amambay	0,54	0,53	0,52	0,40	0,94	0,77	0,76	1,20	0,67	0,73	1,39
14 Canindeyú	1,09	1,50	0,33	1,02	1,28	0,80	1,26	0,73	1,06	1,05	0,91
15 Presidente Hayes	1,01	0,52	0,77	0,82	0,64	1,15	0,87	1,11	1,06	1,19	1,53
16 Boquerón	1,11	0,71	1,02	1,91	2,81	2,56	1,64	2,02	1,32	1,74	2,11
17 Alto Paraguay	0,00	0,67	2,60	0,78	1,38	0,86	0,38	2,33	0,93	0,81	1,64
18 Asunción	0,29	0,36	0,24	0,33	0,30	0,35	0,32	0,30	0,22	0,24	0,43
<b>Total</b>	<b>0,41</b>	<b>0,42</b>	<b>0,34</b>	<b>0,41</b>	<b>0,48</b>	<b>0,49</b>	<b>0,46</b>	<b>0,54</b>	<b>0,58</b>	<b>0,55</b>	<b>0,61</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística - DIGIES - MSPyBS, 2000 - 2011.

**Cuadro: Embarazo adolescente. Porcentaje de niños nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	18,28	18,41	18,55	18,17	19,27	20,19	20,84	21,82	21,54	22,67	23,32
02 San Pedro	18,48	20,20	18,41	18,91	20,10	21,12	21,39	23,36	23,88	23,47	22,43
03 Cordillera	19,85	18,21	18,22	18,07	17,86	18,52	20,61	21,70	22,20	21,75	21,96
04 Guairá	18,64	19,24	18,34	18,66	18,82	19,44	20,52	22,68	21,16	22,14	20,71
05 Caaguazú	17,22	16,52	16,38	17,52	17,88	18,46	19,51	20,17	21,39	21,44	21,00
06 Caazapá	20,20	20,43	19,64	20,06	19,10	21,13	22,36	21,70	22,55	21,88	22,19
07 Itapúa	22,12	21,39	19,06	19,28	21,01	21,19	22,27	24,12	24,74	23,94	21,77
08 Misiones	22,96	22,43	21,43	19,48	19,63	21,00	20,63	21,48	21,70	23,01	20,38
09 Paraguari	18,03	18,24	16,24	17,43	17,35	17,78	18,39	21,03	20,92	21,40	19,12
10 Alto Paraná	17,28	17,54	16,68	17,42	18,51	19,10	20,43	21,38	21,40	21,51	20,78
11 Central	16,36	17,54	15,67	14,93	15,20	15,96	16,92	17,45	17,99	17,12	16,31
12 Ñeembucú	19,93	19,18	18,62	17,38	18,48	18,38	18,38	18,20	19,26	18,52	16,89
13 Amambay	19,17	19,60	18,41	20,05	22,54	22,15	24,11	25,29	22,73	23,94	25,56
14 Canindeyú	22,57	22,50	22,37	23,86	25,09	23,94	25,15	27,21	27,45	25,93	27,00
15 Presidente Hayes	22,31	19,93	19,85	20,96	24,08	22,19	21,72	24,97	24,71	23,68	23,48
16 Boquerón	22,59	27,05	23,21	24,62	24,75	25,17	27,55	24,11	25,27	23,30	23,38
17 Alto Paraguay	22,69	16,67	21,88	20,16	22,76	27,90	23,75	28,02	26,79	25,40	28,28
18 Asunción	15,68	15,54	14,69	13,64	13,49	14,61	14,07	14,77	13,97	13,63	13,60
<b>Total</b>	<b>18,01</b>	<b>18,27</b>	<b>17,00</b>	<b>17,19</b>	<b>17,81</b>	<b>18,51</b>	<b>19,30</b>	<b>20,25</b>	<b>20,48</b>	<b>20,12</b>	<b>19,48</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística - DIGIES - MSPyBS, 2000 - 2011.

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer**

<b>ATRIBUTO</b> Salud Sexual y Reproductiva	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2.500 gramos, por nacidos vivos de madres residentes, en determinado espacio geográfico, en un año considerado. Comprende el primer peso del recién nacido/a, preferentemente realizado durante la primera hora de vida.
<b>Forma de cálculo</b>	Porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (BP) $BP = \frac{NVBP}{TNV} \times 100$ <p>Donde: NVBP: Número de nacidos vivos de madres residentes, con peso al nacer inferior a 2.500 grs. TNV: Número total de nacidos vivos de madres residentes.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	<p>Mide, porcentualmente, la frecuencia de nacidos vivos de bajo peso, con relación al total de nacidos vivos. La ocurrencia de bajo peso al nacer expresa retardo del crecimiento intra uterino o prematuridad y representa un importante factor de riesgo para la morbilidad neonatal e infantil.</p> <p>El indicador sirve para predecir la sobrevivencia infantil: cuanto menor es el peso al nacer, mayor es la probabilidad de muerte precoz.</p> <p>Proporciones elevadas de nacidos vivos de bajo peso al nacer están asociados, en general, a bajos niveles de desarrollo socio económico y de asistencia materno infantil deficientes.</p>

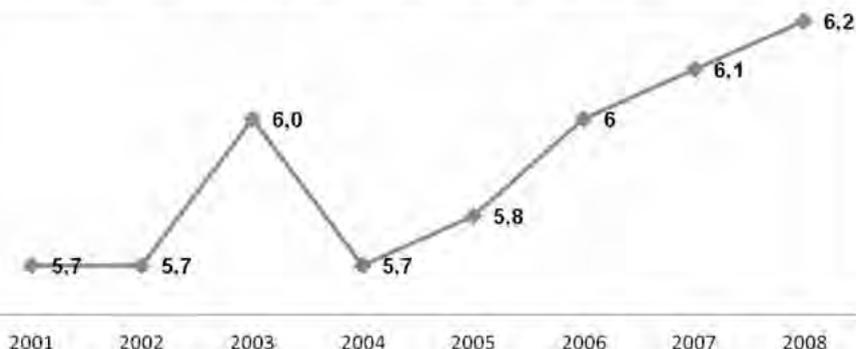
<b>Fuente</b>	SSIEV/DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, Area Urbano, rural, regiones sanitarias Sexo Grupos de edades de las madres: (menos de 13 años de edad, 14 a 17 años de edad , 18 A 44 años de edad,45 y más años de edad) Etnia. Discapacidad (motora, visual, auditiva, mental)
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales de la proporción de nacidos vivos de bajo peso.  Contribuir para orientar iniciativas de intervención nutricional y para evaluar condiciones orgánicas y conductas de riesgo de la embarazada (tabaquismo, alcoholismo, y otras).  Apoyar procesos de planeamiento, gestión, y evaluación de políticas y acciones orientadas para la promoción de la salud reproductiva, como también la protección y atención a la salud infantil.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	4,9	4,4	5,0	3,9	5,2	6,0	4,6	5,6	5,7	5,1
02 San Pedro	4,2	4,8	5,0	4,8	5,1	5,6	5,3	4,9	5,5	5,2
03 Cordillera	5,6	5,8	5,7	5,4	5,9	5,5	5,6	6,6	6,3	7,4
04 Guairá	4,5	5,9	5,2	6,0	5,5	5,7	5,7	5,8	6,2	6,0
05 Caaguazú	4,5	4,3	4,9	4,4	3,9	4,3	4,8	4,6	4,6	4,9
06 Caazapá	3,9	4,6	5,0	4,2	5,7	5,8	5,5	6,2	6,3	5,8
07 Itapúa	5,2	4,6	6,0	5,9	6,0	5,4	5,7	6,3	6,1	6,3
08 Misiones	5,1	4,8	5,2	5,2	5,6	6,7	6,2	5,1	6,1	4,8
09 Paraguari	5,4	5,7	6,2	5,4	5,7	6,2	7,4	7,3	6,7	6,2
10 Alto Paraná	4,8	4,8	4,8	5,1	4,8	5,4	5,5	5,8	6,0	6,2
11 Central	6,6	6,6	6,8	6,7	6,7	6,8	6,6	7,0	7,0	7,2
12 Ñeembucú	5,8	5,5	6,9	4,2	7,6	5,4	6,3	6,3	4,9	5,0
13 Amambay	5,6	6,6	7,1	6,4	5,0	6,9	5,4	5,6	5,9	6,6
14 Canindeyú	5,4	5,1	4,2	5,6	6,1	5,8	5,6	5,2	5,9	5,1
15 Presidente Hayes	6,5	5,2	6,5	6,2	6,5	6,3	6,2	6,3	6,0	6,2
16 Boquerón	5,6	6,0	3,6	6,8	7,8	5,9	6,5	6,4	6,0	5,9
17 Alto Paraguay	7,6	5,4	5,0	3,6	4,6	4,7	5,7	7,5	7,0	3,6
18 Asunción	6,6	7,3	7,5	7,4	7,6	7,4	8,1	7,1	7,3	7,1
<b>Total</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	

Fuente: IBS 2000 - 2003. SSIEV 2004-2012 MSPyBS

**Gráfico: Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer**



Fuente: SSIEV. DIGIES. MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**

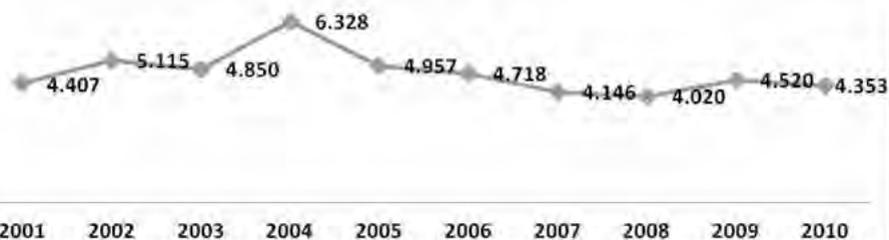
**Número de atenciones post-aborto realizadas en establecimientos públicos**

<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	<b>Resultado</b>
<b>Definición</b>	Número de atenciones post-aborto realizadas en establecimientos públicos pertenecientes al Ministerio Salud Pública y Bienestar Social.
<b>Forma de cálculo</b>	$\sum$ : Número de personas que son asistidas en los servicios de salud pública luego de un aborto.
<b>Unidad de medida</b>	Cantidades simple
<b>Relevancia</b>	Conocer la cantidad de mujeres que son atendidas en los servicios de salud como consecuencia de abortos, por departamentos y grupos de edad
<b>Fuente</b>	DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Región sanitaria. Grupos de edades: (De 10 a 14 años, 15 a 19 años de edad, 20 años y más años de edad) Etnia Discapacidad (motora, visual, auditiva, mental)
<b>Desagregación disponible</b>	Nacional y por Regiones Sanitarias
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales de la proporción de personas con casos de abortos registrados.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Número de atenciones post- aborto realizadas en establecimientos del MSPyBS**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	199	236	151	266	252	242	181	150	208	212
02 San Pedro	32	38	51	122	73	76	99	80	88	107
03 Cordillera	209	74	66	371	336	264	65	215	187	208
04 Guairá	256	339	344	328	335	355	285	216	216	222
05 Caaguazú	324	388	493	536	465	434	340	156	428	405
06 Caazapá	77	61	39	51	7	8	21	24	14	25
07 Itapúa	71	306	132	127	124	523	476	461	528	403
08 Misiones	59	30	47	75	66	104	86	67	46	80
09 Paraguari	32	25	22	272	246	205	163	141	170	230
10 Alto Paraná	361	417	393	509	280	s/d	s/d	236	322	409
11 Central	844	942	1.029	1.319	1.013	1.139	1.311	1.180	1.163	1.050
12 Neembucú	39	64	16	14	28	23	38	67	59	37
13 Amambay	150	171	212	62	135	130	42	33	95	121
14 Canindeyú	168	168	171	133	39	86	118	160	77	30
15 Presidente Hayes	19	11	s/d	8	10	19	10	12	10	21
16 Boquerón	16	22	15	58	45	60	46	28	23	18
17 Alto Paraguay	1	s/d	4							
18 Asunción	1.093	1.335	1.267	1.715	1.423	1.060	865	794	886	771
Hospitales especiales	457	488	402	362	70	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4.407</b>	<b>5.115</b>	<b>4.850</b>	<b>6.328</b>	<b>4.957</b>	<b>4.718</b>	<b>4.146</b>	<b>4.020</b>	<b>4.520</b>	<b>4.353</b>

Fuente: Certificados de Defunción Registrados. Dpto. Bioestadística. M.S.P.y B.S

**Gráfico: Número de atenciones post- aborto realizadas en establecimientos del MSPyBS**

Fuente: Certificados de Defunción Registrados. Dpto. Bioestadística. M.S.P.y B.S

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Año Protección Pareja**

ATRIBUTO	TIPO DE INDICADOR Resultado										
<b>Definición</b>	<p>CYP (Couple Years Protection) son las siglas en inglés equivalentes a Años de Protección Pareja (APP).</p> <p>Este es un indicador estándar utilizado internacionalmente para medir el éxito de los programas de planificación familiar.</p> <p>El valor de Años de Protección Pareja (APP) indica el tiempo en que una pareja estará protegida contra un embarazo no deseado dependiendo del método anticonceptivo que utilice, de forma que a mayor posibilidad de tiempo de uso de un método, mayor será la posibilidad de tiempo de protección.</p> <p>Cada método anticonceptivo tiene un valor estándar, proporcionado por el Guttmacher Institute (Estados Unidos).</p>										
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Mediante el Programa de Planificación Familiar se obtiene los registros de los <u>Consumos</u> por cada método.</p> <p>Esta cantidad de consumos por método se multiplica o divide por una constante, obteniendo de esta manera a cuantas Parejas se Protege (Año Protección Pareja).</p> <table border="0" data-bbox="476 922 1024 1085"> <thead> <tr> <th align="left"><u>METODO</u></th> <th align="left"><u>APP Por Unidad</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anticonceptivos Orales</td> <td>Consumo / 15</td> </tr> <tr> <td>DIU "T" de Cobre 380-A insertado</td> <td>Consumo* 3,5 por Diu</td> </tr> <tr> <td>Preservativos</td> <td>Consumo / 120 unidades</td> </tr> <tr> <td>Depoprovera ( Inyectable)</td> <td>Consumo / 4 Dosis</td> </tr> </tbody> </table>	<u>METODO</u>	<u>APP Por Unidad</u>	Anticonceptivos Orales	Consumo / 15	DIU "T" de Cobre 380-A insertado	Consumo* 3,5 por Diu	Preservativos	Consumo / 120 unidades	Depoprovera ( Inyectable)	Consumo / 4 Dosis
<u>METODO</u>	<u>APP Por Unidad</u>										
Anticonceptivos Orales	Consumo / 15										
DIU "T" de Cobre 380-A insertado	Consumo* 3,5 por Diu										
Preservativos	Consumo / 120 unidades										
Depoprovera ( Inyectable)	Consumo / 4 Dosis										
<b>Unidad de medida</b>	Unidad										
<b>Relevancia</b>	<p>Los Años de Protección Pareja miden el volumen de actividad del Programa.</p> <p>Los Programas y Proyectos miden con este indicador el progreso en la provisión de servicios de anticonceptivos.</p> <p>Esta medida es en la actualidad uno de los indicadores más ampliamente utilizados de la producción de Programas Internacionales de Planificación Familiar.</p>										

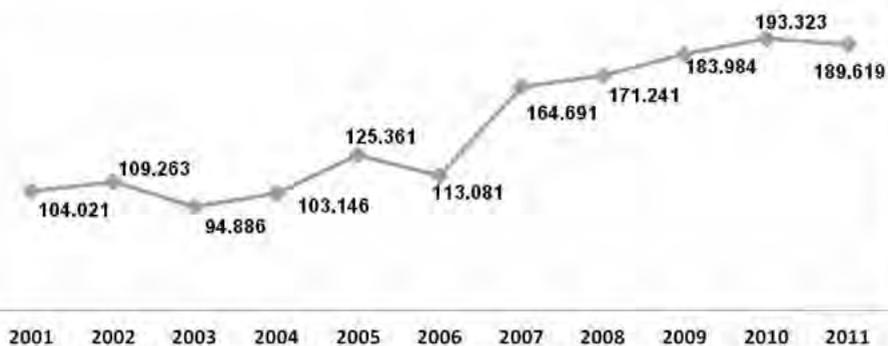
<b>Fuente</b>	Dirección General de Programa
<b>Desagregación deseada</b>	Total País; Regiones sanitarias; Área de residencia: Urbana, rural.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Región Sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Contribuir en el análisis de las condiciones de acceso y calidad de asistencia en el área de Planificación familiar en el contexto del modelo asistencial adoptado. Obtener información sobre los distintos mecanismos de provisión de servicios (Unidades, Centro de Salud, Hospitales). Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud en el área de Salud Sexual y Reproductiva.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Año protección pareja - todos los métodos de planificación familiar**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	3.067	3.138	3.882	4.998	4.502	5.979	7.406	7.992	7.385	8.889	8.120
02 San Pedro	8.491	7.293	2.788	3.859	6.863	8.474	14.129	17.191	17.368	18.062	17.147
03 Cordillera	6.472	5.615	5.515	7.479	7.530	5.748	9.297	10.813	11.741	11.829	17.755
04 Guairá	4.588	4.565	3.761	3.855	5.440	4.283	6.492	5.989	7.333	7.641	7.385
05 Caaguazú	3.166	4.318	2.998	5.417	6.128	5.603	11.829	13.782	15.194	18.500	11.700
06 Caazapa	3.580	3.868	3.068	3.014	3.750	2.824	4.325	4.312	5.042	8.127	6.338
07 Itapúa	7.556	8.202	9.426	7.890	9.567	8.862	14.407	17.183	19.051	18.475	17.655
08 Misiones	2.875	3.344	3.308	2.644	3.578	2.439	4.088	4.270	4.558	5.119	5.542
09 Paraguari	4.726	5.061	3.438	5.288	6.752	5.099	9.326	10.211	10.122	10.163	4.065
10 Alto Paraná	5.826	5.844	7.672	8.823	8.687	10.860	15.119	14.026	13.701	11.338	15.417
11 Central	27.958	27.070	21.975	23.164	25.535	25.180	29.580	31.213	32.191	36.110	39.264
12 Ñemobucú	3.451	3.202	2.993	4.203	3.994	3.080	4.159	4.368	4.429	4.526	4.063
13 Amambay	2.926	3.344	2.739	2.808	3.683	3.281	5.074	5.609	5.239	5.190	5.342
14 Canindeyú	2.415	2.592	2.152	2.004	3.320	3.039	4.969	4.021	5.796	6.283	5.825
15 Presidente Hayes	2.937	2.809	2.832	3.126	3.168	2.239	3.877	4.034	3.986	4.807	4.917
16 Boquerón	1.465	1.732	1.472	1.911	2.114	1.697	2.333	2.693	3.129	3.546	3.626
17 Alto Paraguay	-	24	161	187	343	344	589	659	829	843	1.054
18 Asunción	12.554	17.421	14.706	12.438	19.405	14.150	17.891	14.875	16.908	15.773	14.554
<b>Total</b>	<b>104.021</b>	<b>109.203</b>	<b>94.886</b>	<b>103.146</b>	<b>125.361</b>	<b>113.081</b>	<b>164.091</b>	<b>171.241</b>	<b>183.984</b>	<b>193.323</b>	<b>189.619</b>

Fuente: Subsistema de información de la Dirección General de Programas de Salud - MSPyBS, 2012

**Gráfico: Año protección pareja - todos los métodos de planificación familiar**



Fuente: Sub sistema de información de la Dirección General de Programas de Salud - MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Razón de mortalidad materna registrada**

<b>ATRIBUTO</b> Salud Sexual y Reproductiva	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	<p>Número de defunciones de mujeres por causas maternas por 100 mil nacidos vivos, en mujeres residentes en determinado espacio geográfico, en un año considerado.</p> <p>Muertes maternas, según CIE-10, se refiere a "Muerte de una mujer durante la gestación o hasta 42 días después del término de la gestación, independiente de la duración o de la localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o por medidas en relación a ella, sin embargo, no debida a causas accidentales o incidentales".</p> <p>Las muertes maternas corresponden al Capítulo XV de la CIE-10 "Gravidez, Parto y Puerperio" (excluidos los códigos O96 y O97), agregando las muertes consideradas maternas, pero que se clasifican en otros capítulos de la CIE, específicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Enfermedad causada por el HIV (B20-B24), desde que la mujer este embarazada en el momento de la muerte o haya estado embarazada hasta 42 días antes de la muerte;</li> <li>b) Necrosis pos parto de la hipófisis (E23.0);</li> <li>c) Osteomalacia puerperal (M83.0);</li> <li>d) Tétano Obstétrico (A34);</li> <li>e) Trastornos mentales y comportamentales asociados al puerperio (F53).</li> </ul> <p>La CIE-10 establece todavía los conceptos de: muerte materna tardía, sucedida de causa obstétrica, ocurrida después de 42 días y menos de un año después del parto (O96); y muerte materna por secuela de causa obstétrica directa, ocurrida un año o más después del parto (O97).</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Razón de mortalidad materna registrada (RMM)</p> $RMM = \frac{MM}{NV} \times 100.000$

	<p>Donde:</p> <p>MM: Número de defunciones de mujeres residentes por causas maternas</p> <p>NV: Número de nacidos vivos</p>
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100.000 nacidos vivos
<b>Relevancia</b>	<p>Estima la frecuencia de defunciones de mujeres atribuidas a causas del embarazo, el parto y el puerperio, en relación al total de nacidos vivos. El número de nacidos vivos es adoptado como una aproximación del total de mujeres embarazadas.</p> <p>Refleja la calidad de la asistencia a la salud de la mujer.</p> <p>Tasas elevadas de mortalidad materna están asociadas a la deficiente prestación de servicios a la salud de ese grupo.</p>
<b>Fuente</b>	SSIEV/DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Grupos de edades: (menos de 13 años de edad, 14 a 17 años de edad, 18 A 44 años de edad, 45 y más años de edad) Etnia. Discapacidad (motora, visual, auditiva, mental)
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001-2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la mortalidad materna, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud orientadas a la atención prenatal, el parto y el puerperio.</p> <p>Contribuir en la evaluación de los niveles de salud y desarrollo socio económico.</p> <p>Contribuir al seguimiento del Objetivo 4 Meta 5 de los ODM</p> <p>Contribuir al análisis epidemiológico y sanitario del grupo considerado</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Cuadro: Razón de mortalidad materna**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	294,3	329,2	272	252,4	116,7	94,5	153,8	96,1	96,4	122,3
02 San Pedro	186,9	369,7	373,5	341	212,4	215,9	103	202,3	160	129
03 Cordillera	47,4	125,5	134	120	215,2	67,7	75	24,8	218,9	100,3
04 Gualará	72,4	154,9	62,3	169,9	85,2	58,8	234,3	137,9	33,8	105,4
05 Caaguazú	204,5	202	318,1	267,6	131,4	146,5	136,8	107,6	146,9	101,7
06 Caazapá	215,2	321,2	299,5	163,3	124,2	105,5	78	122,9	156,6	123,4
07 Itapúa	195,6	194,4	167,3	105,5	128,7	106,5	143,6	142,2	88,5	80
08 Misiones	51,9	194,2	52,1	144	49,3	53,2	59,3	112,7	224,3	294,3
09 Paraguari	316,3	234,2	107,9	174,3	261,4	147,9	256,2	63,7	62,9	64,1
10 Alto Paraná	284,4	182,4	201,4	87,7	110,7	100,9	154,1	150,8	163,4	142,9
11 Central	110	118,1	121,3	102,3	89,6	119,6	96,4	97,2	81,4	53,6
12 Neembucú	0	86,6	184,3	84	90,6	0	228,3	0	212,8	107,1
13 Amambay	136	304	73,6	227,1	156,5	143,8	95,5	85,4	83,3	162,6
14 Canindeyú	400,9	437,5	327	389,5	227,7	281,7	209,9	154	307,3	209,6
15 Presidente Hayes	468	297,4	231,7	293,6	374,5	172,9	272,9	221,5	424,2	155,8
16 Boquerón	1680,7	0	1041,7	775,2	0	429,2	766,3	389,1	0	403,2
17 Alto Paraguay	0	283,3	146	100,5	165,6	256	86,4	242,7	77,5	79
18 Asunción	21,1	122,5	102,9	92,4	82,4	76,7	67,8	94,4	93,5	88,1
<b>Total</b>	<b>159,7</b>	<b>182,1</b>	<b>174,1</b>	<b>153,5</b>	<b>128,5</b>	<b>121,4</b>	<b>127,3</b>	<b>117,4</b>	<b>125,3</b>	<b>100,8</b>

Fuente: Dirección de Bioestadística

**Gráfico: Razón de mortalidad materna**

Fuente: SSIEV. MSPyBS, 2012

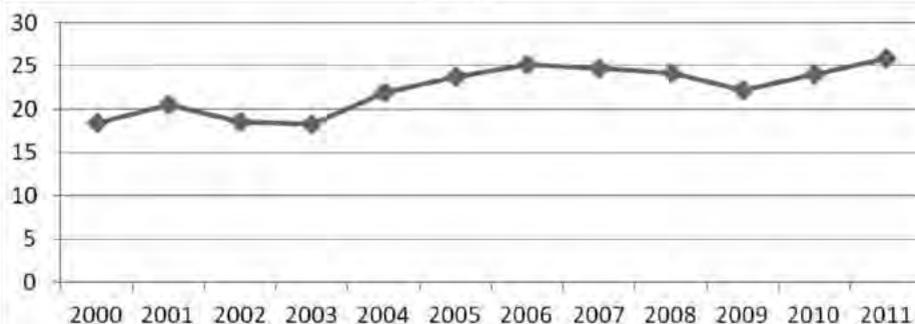
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Tasa de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer cérvico-uterino por 100 mil mujeres</b>	
<b>ATRIBUTO Resultado</b>	<b>TIPO DE INDICADOR Resultado</b>
<b>Definición</b>	Tasa de mortalidad de la población femenina de 25 a 49 años de edad por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres.
<b>Forma de cálculo</b>	Número total de defunciones de mujeres de 25 y más años de edad por cáncer cérvico-uterino (TMCCU)  $TMCCU = \frac{MCCU}{TM\ 25\ años\ y\ más} \times 100.000$ Donde: MCCU: Número total de defunciones de mujeres de 25 y más años de edad por cáncer cérvico-uterino. TM 25 años y más: Población de mujeres de 25 a 49 años de edad
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por 100.000
<b>Relevancia</b>	El cáncer cérvico uterino es un problema de salud prioritario no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un 100%.
<b>Fuente</b>	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV), Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria
<b>Desagregación disponible</b>	Total País
<b>Periodo disponible</b>	2000-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión, y evaluación de políticas y acciones orientadas para la promoción de la salud reproductiva.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Cuadro: Tasa defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de cuello uterino por 100 mil mujeres (C53)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total País</b>	20,54	18,59	18,28	21,86	23,73	25,12	24,75	24,16	22,16	24,05	25,84

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012

**Gráfico: Tasa defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de cuello uterino por 100 mil mujeres (C53)**



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR****Tasa de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por 100 mil mujeres**

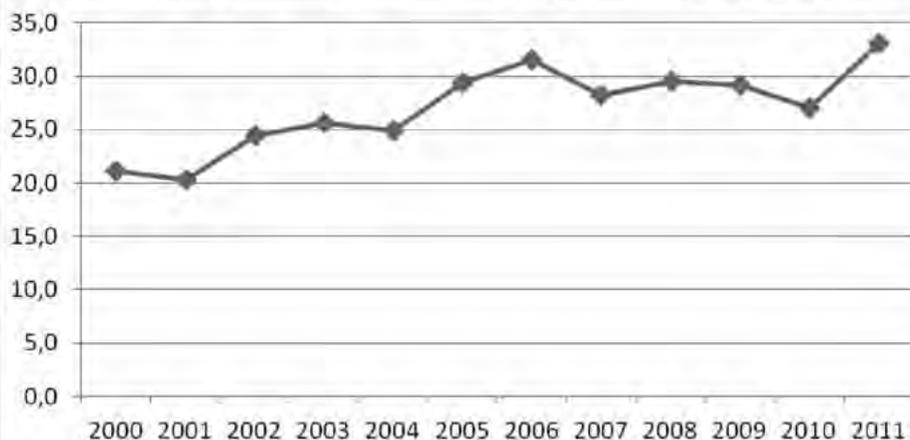
<b>ATRIBUTO Resultado</b>	<b>TIPO DE INDICADOR Resultado</b>
<b>Definición</b>	Tasa de mortalidad de la población femenina de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por cada 100 mil mujeres.
<b>Forma de cálculo</b>	Número total de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama (TMCM)  $TMCM = \frac{MCM}{TM_{25\ a\ 49}} \times 100.000$ <p>Donde:  MCM: Número total de defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama.  TM 25 a 49: Población de mujeres de 25 a 49 años de edad</p>
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por 100 mil mujeres
<b>Relevancia</b>	
<b>Fuente</b>	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria
<b>Desagregación disponible</b>	Total País
<b>Periodo disponible</b>	2000-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión, y evaluación de políticas y acciones orientadas para la promoción de la salud reproductiva.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Cuadro: Tasa defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por 100 mil mujeres (C50)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total País</b>	20,29	24,41	25,66	24,94	29,38	31,51	28,24	29,57	29,15	27,05	33,15

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012

**Gráfico: Tasa defunciones de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por 100 mil mujeres (C50)**



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV).  
Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012



*INDICADORES DEL  
ATRIBUTO:*  
**SALUD INFANTIL**



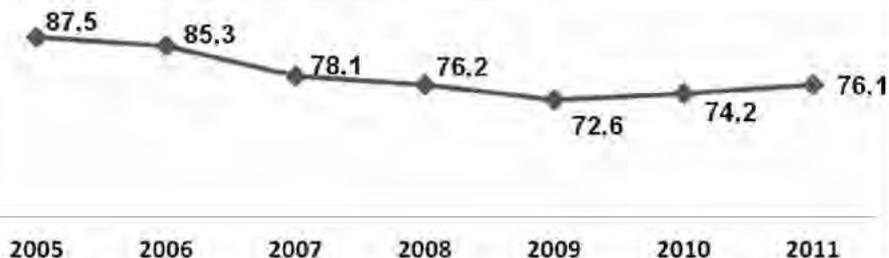
## INDICADORES DEL ATRIBUTO: SALUD INFANTIL

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año de edad registrados, que han recibido la dosis de la vacuna BCG.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad (PV1)</p> $PV1 = \frac{X < 1 \text{ año}}{N < 1 \text{ año}} \times 100$ <p>PV1: Población registrada que ha recibido la dosis de BCG (Niños y niñas con menores de 1 año de edad) N: Población total estimada de niños y niñas menores de 1 año de edad.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Determina la proporción de niños y niñas con menos de 1 año de edad que cuentan con la vacuna BCG como parte del esquema básico de vacunación del Programa Inmunológico Ampliado. La BCG previene de la tuberculosis.
<b>Fuente</b>	Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>Desagregación</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia Por sexo, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria.
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analiza variaciones geográficas y temporales en la población objeto de vacunación. Identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar estudios especiales y medidas de intervención, según grupo de edad y/o sexo.</p> <p>Contribuir para la evaluación operacional y de impacto de los programas de inmunización, así como para el delineamiento de estrategias de vacunación.</p> <p>Orientar la inversión de recursos en los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a mejorar la cobertura vacunal.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Cobertura de Vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	93.4	89.7	95.3	99.7	95.9	92.4	94.3
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	89.6	89.2	83.5	80.0	70.0	72.9	78.3
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	92.3	101.5	93.4	84.1	84.2	84.1	89.0
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	83.7	76.0	72.7	64.1	59.5	63.5	65.8
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	92.1	88.0	76.4	71.4	70.5	64.6	68.0
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	92.9	90.9	84.0	78.8	78.3	76.1	72.2
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	101.6	97.4	82.9	81.9	79.8	80.1	78.5
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	75.9	80.6	81.6	78.6	71.7	80.5	88.9
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	94.7	89.4	83.8	74.6	72.1	66.6	70.3
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	97.5	79.4	70.1	76.8	72.6	61.7	59.6
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	92.8	90.8	77.5	79.5	75.3	74.7	77.8
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	80.6	74.7	64.9	63.3	60.1	63.8	65.2
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	88.9	79.9	77.1	72.9	74.4	68.9	65.0
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	96.2	102.3	102.1	99.3	105.8	101.4	112.5
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	92.0	103.7	97.8	96.5	86.6	76.2	76.6
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	85.4	86.5	81.2	77.7	80.5	84.5	88.7
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	103.5	106.8	88.3	92.8	93.2	90.7	98.7
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	158.6	92.2	82.5	84.1	97.6	103.1	103.8
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	89.8	91.5	91.1	91.5	84.2	106.7	104.0
Total	s/d	s/d	s/d	s/d	87.5	85.3	78.1	76.2	72.6	74.2	76.1

Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones, MSPyBS.

**Gráfico: Cobertura de Vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad**

Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones, MSPyBS.

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Cobertura de vacunación con OPV3 en niños y niñas menores de 1 año de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año de edad registradas, que han recibido la vacuna OPV3 (tercera dosis).
<b>Forma de cálculo</b>	$OPV3 = \frac{N < 1 \text{ año}}{N < 1 \text{ año}} \times 100$ <p>PV3: Población registrada que ha recibido la vacuna OPV3 (tercera dosis).  X: Niños y niñas menores de 1 año de edad que ha recibido la vacuna OPV3 (tercera dosis).  N: Población total estimada de niños y niñas menores de 1 año de edad.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Determina la proporción de niños y niñas con menos de 1 año de edad que cuentan con el esquema completo para vacunas OPV como parte del esquema básico de vacunación del Programa Inmunológico Ampliado. La OPV (Sabin) es una vacuna anti poliomielítica oral
<b>Fuente</b>	Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia Por sexo, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2005 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anualmente
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analiza variaciones geográficas y temporales en la población objeto de vacunación. Identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar estudios especiales y medidas de intervención, según grupo de edad y/o sexo.</p> <p>Contribuir para la evaluación operacional y de impacto de los programas de inmunización, así como para el delineamiento de estrategias de vacunación.</p> <p>Orientar la inversión de recursos en los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a mejorar la cobertura vacunal.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Cobertura de Vacunación con OPV3 en niños y niñas menores de 1 año de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	91,0	86,4	92,1	96,2	95,0	93,1	93,1
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	84,9	90,7	84,1	80,5	70,4	75,4	82,7
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	88,7	98,6	90,5	82,2	81,9	80,0	85,4
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	89,6	82,1	72,3	69,7	71,6	70,9	71,8
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	97,2	87,0	82,3	73,2	70,8	68,6	67,0
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	87,8	88,4	82,0	78,2	76,1	75,6	73,6
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	101,0	95,9	85,5	82,4	81,4	79,9	77,0
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	72,4	77,5	79,0	75,5	72,0	83,9	90,0
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	97,1	95,7	88,1	76,4	78,6	74,3	76,6
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	97,7	91,3	83,4	81,3	78,3	72,4	68,0
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	81,1	87,4	74,6	76,8	63,6	68,3	66,8
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	84,4	75,1	68,1	65,4	63,4	69,0	67,0
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	92,1	85,9	73,7	69,9	73,9	70,2	66,5
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	88,2	95,7	95,9	94,1	95,6	95,4	99,2
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	94,9	95,6	93,4	92,4	79,8	81,0	77,4
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	87,5	87,8	76,4	74,3	80,2	91,9	87,6
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	99,4	99,4	83,5	83,1	78,1	93,3	91,6
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	174,0	97,8	80,8	92,8	100,6	102,2	105,1
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	93,3	93,2	85,1	82,1	80,5	98,6	97,6
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>86,7</b>	<b>84,8</b>	<b>78,0</b>	<b>75,5</b>	<b>71,9</b>	<b>76,0</b>	<b>75,4</b>

Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS.



Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS.

### Cuadro: Cobertura de Vacunación con OPV3 en niños y niñas menores de 1 año de edad

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	91.0	86.4	92.1
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	84.9	90.7	84.1
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	88.7	98.6	90.5
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	89.6	82.1	72.3
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	97.2	87.0	82.3
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	87.8	88.4	82.0
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	101.0	95.9	85.5
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	72.4	77.5	79.0
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	97.1	95.7	88.1
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	97.7	91.3	83.4
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	81.1	87.4	74.6
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	84.4	75.1	68.1
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	92.1	85.9	73.7
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	88.2	95.7	95.9
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	94.9	95.6	93.4
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	87.5	87.8	76.4
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	99.4	99.4	83.5
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	174.0	97.8	80.8
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	93.3	93.2	85.1
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>86.7</b>	<b>84.8</b>	<b>78.0</b>

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

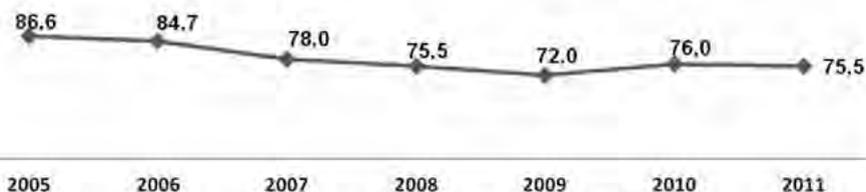
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Cobertura de vacunación con PENTA3 en niños y niñas menores de 1 año de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año de edad registrados, que han recibido la vacuna PENTA3 (tercera dosis).
<b>Forma de cálculo</b>	$PENT3 = \frac{X < 1 \text{ año}}{N < 1 \text{ año}} \times 100$ <p>PENT3: Población registrada que ha recibido la vacuna PENTA3 (tercera dosis).  X: Niños y niñas con menos de 1 año de edad que ha recibido la vacuna PENA3 (tercera dosis).  N: Población total estimada de niños y niñas menores de 1 año de edad.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Determina la proporción de niños y niñas con menos de 1 año de edad que cuenta con el esquema completo para vacuna PENTA3 (tercera dosis) como parte del esquema básico de vacunación del Programa Inmunológico Ampliado. La PENTA3 previene de la Difteria, la Tos convulsa, el Tétano además de la hepatitis B y la Meningitis.
<b>Fuente</b>	Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia Por sexo, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2005 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anualmente
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analiza variaciones geográficas y temporales en la población objeto de vacunación. Identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar estudios especiales y medidas de intervención, según grupo de edad y/o sexo.</p> <p>Contribuir para la evaluación operacional y de impacto de los programas de inmunización, así como para el delineamiento de estrategias de vacunación.</p> <p>Orientar la Inversión de recursos en los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a mejorar la cobertura vacunal.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Cobertura de vacunación con PENTA3 en niños y niñas menores de 1 año de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	91.0	86.4	92.1	96.2	95.0	93.1	93.1
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	84.9	90.7	84.1	80.5	70.4	75.4	82.7
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	88.7	98.6	90.5	82.2	81.8	80.1	85.4
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	89.6	82.1	72.3	69.6	71.6	71.0	71.8
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	97.1	86.7	82.3	73.2	70.8	68.6	67.0
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	87.8	88.4	82.0	78.2	76.1	75.6	73.6
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	100.8	95.9	85.2	82.5	81.4	79.9	77.1
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	72.3	77.5	79.0	75.5	72.0	83.9	90.0
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	97.4	95.7	88.8	77.1	78.7	74.3	76.6
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	97.7	91.3	83.4	81.6	78.4	72.5	68.0
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	80.9	87.2	74.5	76.9	63.6	68.3	66.8
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	84.4	75.0	68.0	65.3	63.5	69.1	67.2
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	92.1	85.9	73.7	69.9	73.9	70.1	66.5
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	88.2	95.7	95.9	94.1	95.6	95.4	99.2
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	94.9	95.2	93.0	92.2	80.6	80.9	77.4
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	87.1	88.1	76.4	74.0	80.1	92.0	87.6
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	96.9	98.4	84.6	86.3	79.1	93.5	91.7
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	166.9	97.5	81.3	92.8	100.9	101.9	104.8
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	93.3	92.6	85.2	82.2	80.5	98.9	97.7
<b>Total</b>	s/d	s/d	s/d	s/d	<b>86.6</b>	<b>84.7</b>	<b>78.0</b>	<b>75.5</b>	<b>72.0</b>	<b>76.0</b>	<b>75.5</b>

Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS.

**Gráfico: Cobertura de vacunación con PENTA3 en niños y niñas menores de 1 año de edad**



Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS.

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Cobertura de vacunación con SPR en niños y niñas de 1 año de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas de 1 año de edades registradas, que han recibido la dosis de la vacuna SPR.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Cobertura de vacunación con SPR en niños y niñas de 1 año de edad</p> $SPR = \frac{X1 \text{ año}}{N1 \text{ año}} \times 100$ <p>SPR: Población registrada que han recibido la dosis de la vacuna SPR.  X1 año: Niños y niñas con 1 año de edad que ha recibido la vacuna SPR.  N1 año: Población total estimada de niños y niñas de 1 año de edad.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Determina la proporción de niños y niñas de 1 año de edad que cuenta la vacuna SPR como parte del esquema básico de vacunación del Programa Inmunológico Ampliado. La vacuna SPR protege contra el Sarampión, la Papera y la Rubéola.
<b>Fuente</b>	Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia Por sexo, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2005 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anualmente
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analiza variaciones geográficas y temporales en la población objeto de vacunación. Identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar estudios especiales y medidas de intervención, según grupo de edad y/o sexo.</p> <p>Contribuir para la evaluación operacional y de impacto de los programas de inmunización, así como para el delineamiento de estrategias de vacunación. Orientar la inversión de recursos en los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a mejorar la cobertura vacunal. Contribuir al seguimiento del Objetivo 4 Meta 5 SPR de los ODM</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Cobertura de Vacunación con SPR en niños y niñas de 1 año de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	95,9	92,4	94,5	97,9	95,8	96,2	94,6
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	96,3	97,3	89,4	84,6	70,8	82,3	83,9
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	90,1	103,6	100,8	85,5	84,7	83,4	89,2
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	91,0	83,6	75,8	69,4	72,4	70,9	71,5
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	98,8	89,0	87,6	77,4	70,9	69,3	67,6
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	89,9	92,0	86,9	77,8	79,1	76,5	78,7
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	108,7	105,7	90,8	83,7	80,4	84,4	78,4
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	79,6	83,8	81,9	80,2	75,7	81,9	87,5
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	98,4	95,4	87,8	78,7	70,0	76,7	75,4
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	100,4	96,2	86,0	83,0	80,6	75,5	71,7
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	86,8	88,6	76,4	76,9	66,4	68,9	70,2
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	85,5	79,6	68,6	66,8	60,5	70,0	68,0
12 Neembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	94,2	86,9	72,2	70,5	66,6	74,9	71,9
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	92,5	93,3	97,3	92,6	95,4	98,9	102,0
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	94,5	96,6	97,7	93,9	78,3	82,5	76,6
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	93,1	91,7	83,2	79,5	82,1	92,1	89,2
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	98,7	105,0	80,4	84,9	69,4	92,0	95,9
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	139,9	126,4	90,5	93,4	93,1	117,7	98,7
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	92,5	90,6	80,4	82,7	77,4	89,2	90,3
Total	s/d	s/d	s/d	s/d	89,8	88,3	80,1	77,0	71,6	76,7	76,5

Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones



Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones

**Cuadro: Cobertura de Vacunación con SPR en niños y niñas de 1 año de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	95.9	92.4	94.5	97.9	95.8	96.2	94.6
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	96.3	97.3	89.4	84.6	70.8	82.3	83.9
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	90.1	103.6	100.8	85.5	84.7	83.4	89.2
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	91.0	83.6	75.8	69.4	72.4	70.9	71.5
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	98.8	89.0	87.6	77.4	70.9	69.3	67.6
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	89.9	92.0	86.9	77.8	79.1	76.5	78.7
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	108.7	105.7	90.8	83.7	80.4	84.4	78.4
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	79.6	83.8	81.9	80.2	75.7	81.9	87.5
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	98.4	95.4	87.9	78.7	70.0	76.7	75.4
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	100.4	96.2	86.0	83.0	80.6	75.5	71.7
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	86.8	88.6	76.4	76.9	66.4	68.9	70.2
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	85.5	79.6	68.6	66.8	60.5	70.0	68.0
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	94.2	86.9	72.2	70.5	66.6	74.9	71.9
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	92.5	93.3	97.3	92.6	95.4	96.9	102.0
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	94.5	96.8	97.7	93.9	78.3	82.5	76.6
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	93.1	91.7	83.2	79.5	82.1	92.1	89.2
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	96.7	105.0	80.4	84.9	69.4	92.0	95.9
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	139.9	126.4	90.5	93.4	93.1	117.7	98.7
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	92.5	90.6	80.4	82.7	77.4	89.2	90.3
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>89.8</b>	<b>88.3</b>	<b>80.1</b>	<b>77.0</b>	<b>71.6</b>	<b>76.7</b>	<b>76.5</b>

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje de municipios que alcanzan cobertura óptima de vacunación**

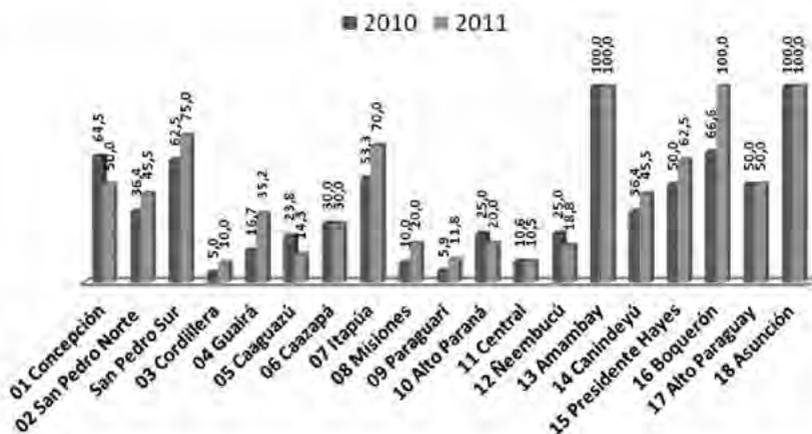
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Alternativo
<b>Definición</b>	El número de municipios que alcanza la cobertura óptima de vacunación y el total de municipios existentes, por 100
<b>Forma de cálculo</b>	$MCV = \frac{MCCV}{TMuni} \times 100$ <p>MCCV: número de municipios que alcanza la cobertura óptima de vacunación</p> <p>TMuni: total de municipios existentes</p> <p>Los datos son presentados por Departamento.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Medir el porcentaje de cobertura de vacunación por municipios dentro de las regiones sanitarias.
<b>Fuente</b>	Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>Desagregación deseada</b>	Por Región sanitaria
<b>Desagregación disponible</b>	Por Regiones sanitarias. Por vacuna. Por cobertura >80%; y >90%
<b>Periodo disponible</b>	2005 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Contribuir para la evaluación operacional y de impacto de los programas de inmunización, así como para el delineamiento de estrategias de vacunación.</p> <p>Orientar la inversión de recursos en los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a mejorar la cobertura de vacunación.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de municipios con cobertura de BCG igual o > 80%.**

REGIONES SANITARIAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	71.4	57.1	100.0	100.0	85.7	64.5	50.0
02 San Pedro Norte	63.7	54.6	63.7	36.4	18.2	36.4	45.5
San Pedro Sur	87.5	100.0	100.0	62.5	62.5	62.5	75.0
03 Cordillera	60.0	35.0	25.0	5.0	5.0	5.0	10.0
04 Guairá	100.0	79.6	35.3	23.5	23.5	16.7	35.2
05 Caaguazú	75.0	65.0	50.0	35.0	19.1	23.8	14.3
06 Caazapá	80.0	80.0	40.0	40.0	30.0	30.0	30.0
07 Itapúa	30.0	46.7	43.3	50.0	30.0	53.3	70.0
08 Misiones	80.0	60.0	40.0	30.0	30.0	10.0	20.0
09 Paraguari	100.0	41.2	23.6	35.3	35.3	5.9	11.8
10 Alto Paraná	70.0	75.0	15.0	35.0	20.0	25.0	20.0
11 Central	47.4	36.8	15.8	15.8	15.8	10.6	19.5
12 Ñeembucú	68.8	43.8	25.1	25.0	31.3	25.0	16.8
13 Amambay	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
14 Canindeyú	81.8	100.0	81.8	90.9	81.8	36.4	45.5
15 Presidente Hayes	50.0	66.6	28.6	42.9	57.1	50.0	62.5
16 Boquerón	66.7	100.0	33.3	100.0	100.0	66.6	100.0
17 Alto Paraguay	66.7	66.6	33.3	33.3	66.6	50.0	50.0
18 Asunción	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones

**Gráfico: Porcentaje de municipios con cobertura de BCG igual o > 80%.**



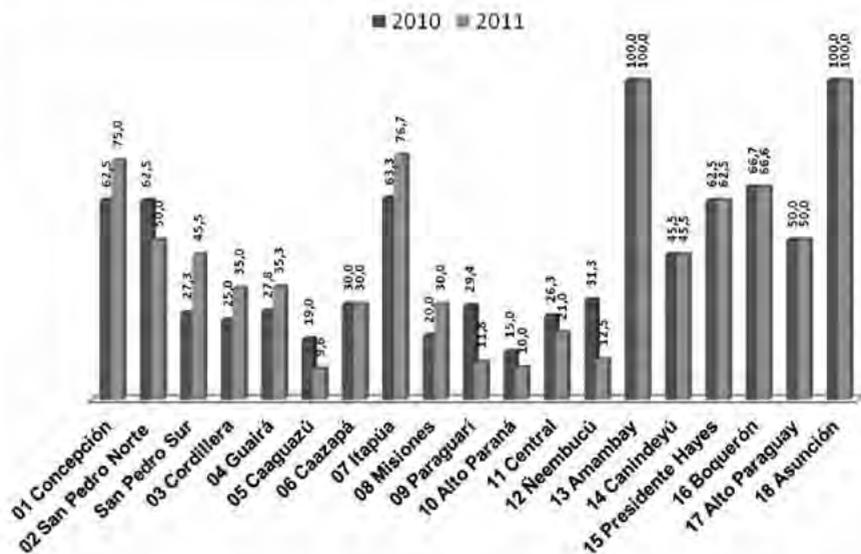
Fuente: Subsistema de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS

**Cuadro: Porcentaje de municipios con cobertura de Penta3 / OPV igual o > 80%.**

REGIONES SANITARIAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	57.1	42.9	85.7	100.0	85.7	62.5	75.0
02 San Pedro Norte	75.0	100.0	87.5	37.5	62.5	62.5	50.0
San Pedro Sur	63.7	81.8	72.7	45.5	27.3	27.3	45.5
03 Cordillera	75.0	45.0	35.0	15.0	35.0	25.0	35.0
04 Guairá	94.1	70.6	76.5	35.3	17.7	27.8	35.3
05 Caaguazú	70.0	80.0	50.0	25.0	33.3	19.0	9.6
06 Caazapá	100.0	70.0	50.0	50.0	50.0	30.0	30.0
07 Itapúa	36.7	40.0	50.0	36.7	40.0	63.3	76.7
08 Misiones	90.0	100.0	60.0	40.0	30.0	20.0	30.0
09 Paraguari	100.0	94.1	35.3	35.3	29.4	29.4	11.8
10 Alto Paraná	55.0	50.0	35.0	30.0	10.0	15.0	10.0
11 Central	57.9	47.4	21.1	21.1	15.8	26.3	21.0
12 Ñeembucú	62.5	56.3	18.8	18.8	25.1	31.3	12.5
13 Amambay	41.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
14 Canindeyú	100.0	81.8	90.9	100.0	54.5	45.5	45.5
15 Presidente Hayes	66.7	66.7	14.3	42.9	71.5	62.5	62.5
16 Boquerón	66.6	66.6	33.3	33.3	66.7	66.7	66.6
17 Alto Paraguay	66.7	66.6	33.3	66.7	66.7	50.0	50.0
18 Asunción	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

**Gráfico: Porcentaje de municipios con cobertura de Penta3 / OPV igual o > 80%.**

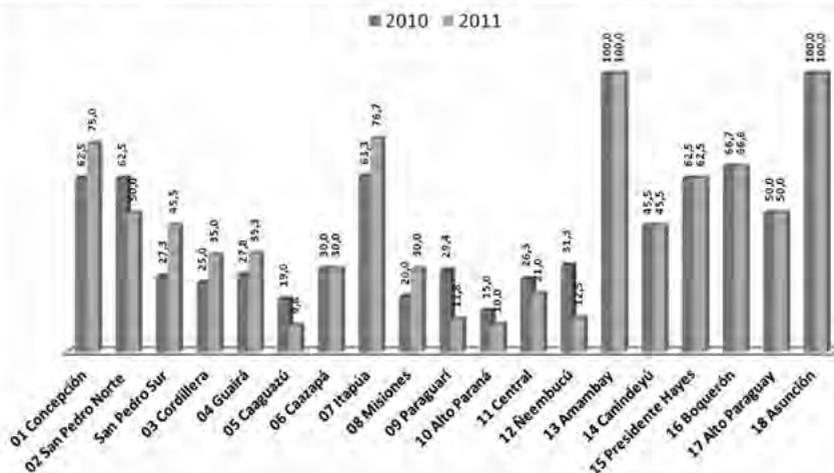


**Cuadro: Porcentaje de municipios con cobertura de Penta3 / OPV igual o > 90%**

REGIONES SANITARIAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	57.1	42.9	85.7	100.0	85.7	62.5	75.0
02 San Pedro Norte	75.0	100.0	87.5	37.5	62.5	62.5	50.0
San Pedro Sur	63.7	81.8	72.7	45.5	27.3	27.3	45.5
03 Cordillera	75.0	45.0	35.0	15.0	35.0	25.0	35.0
04 Guairá	94.1	70.6	76.5	35.3	17.7	27.8	35.3
05 Caaguazú	70.0	80.0	50.0	25.0	33.3	19.0	9.6
06 Caazapá	100.0	70.0	50.0	50.0	50.0	30.0	30.0
07 Itapúa	36.7	40.0	50.0	36.7	40.0	63.3	76.7
08 Misiones	90.0	100.0	60.0	40.0	30.0	20.0	30.0
09 Paraguari	100.0	94.1	35.3	35.3	29.4	29.4	11.8
10 Alto Paraná	55.0	50.0	35.0	30.0	10.0	15.0	10.0
11 Central	57.9	47.4	21.1	21.1	15.8	26.3	21.0
12 Ñeembucú	62.5	56.3	18.8	18.8	25.1	31.3	12.5
13 Amambay	41.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
14 Canindeyú	100.0	81.8	90.9	100.0	54.5	45.5	45.5
15 Presidente Hayes	66.7	66.7	14.3	42.9	71.5	62.5	62.5
16 Boquerón	66.6	66.6	33.3	33.3	66.7	66.7	66.6
17 Alto Paraguay	66.7	66.6	33.3	66.7	66.7	50.0	50.0
18 Asunción	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Gráfico: Porcentaje de municipios con cobertura de Penta3 / OPV igual o > 90%



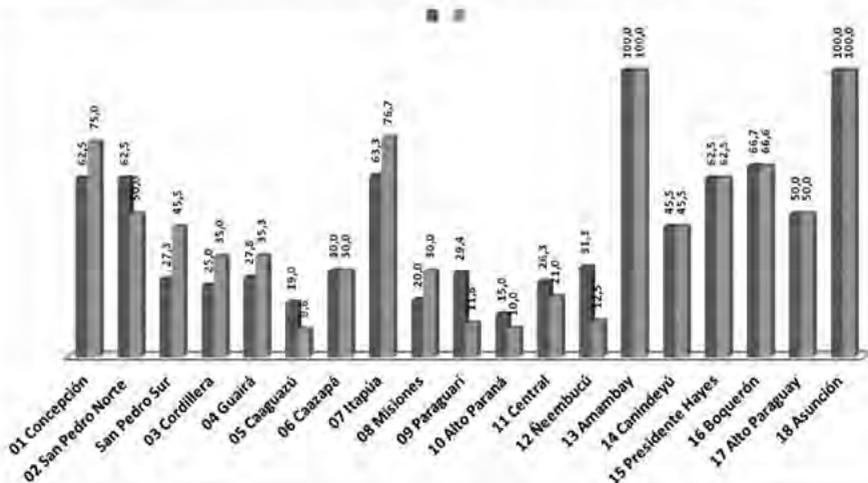
Fuente: Subsistema de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. MSPyBS

Cuadro: Porcentaje de municipios con cobertura de BCG igual o > 90%.

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	57,1	42,9	85,7	100,0	85,7	62,5	75,0
02 San Pedro Norte	s/d	s/d	s/d	s/d	75,0	100,0	87,5	37,5	62,5	62,5	50,0
San Pedro Sur	s/d	s/d	s/d	s/d	63,7	81,8	72,7	45,5	27,3	27,3	45,5
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	75,0	45,0	35,0	15,0	35,0	25,0	35,0
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	94,1	70,6	76,5	35,3	17,7	27,8	35,3
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	70,0	80,0	50,0	25,0	33,3	19,0	9,6
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	100,0	70,0	50,0	50,0	50,0	30,0	30,0
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	36,7	40,0	50,0	36,7	40,0	63,3	76,7
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	90,0	100,0	60,0	40,0	30,0	20,0	30,0
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	100,0	94,1	35,3	35,3	29,4	29,4	11,8
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	55,0	50,0	35,0	30,0	10,0	15,0	10,0
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	57,9	47,4	21,1	21,1	15,8	26,3	21,0
12 Ñeembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	62,5	56,3	18,8	18,8	25,1	31,3	12,5
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	41,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	100,0	81,8	90,9	100,0	54,5	45,5	45,5
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	66,7	66,7	14,3	42,9	71,5	62,5	62,5
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	66,6	66,6	33,3	33,3	66,7	66,7	66,6
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	66,7	66,6	33,3	66,7	66,7	50,0	50,0
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones

Gráfico: Porcentaje de municipios con cobertura de BCG igual o > 90%.



Fuente: Subsistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones, MSPyBS

**NOMBRE DEL INDICADOR****Tasa registrada de mortalidad infantil**

<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Número de defunciones de menores de un año de edad, por 1000 nacidos vivos, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Tasa registrada de mortalidad infantil (TMI Registrada)</p> $TMI \text{ registrada} = \frac{DR < 1 \text{ año}}{TNV} \times 1000$ <p>Donde:  DR&lt;1año= Número de defunciones registradas de niños y niñas menores de un año de edad.  TNV=Total de nacidos vivos registrados.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 1000 nacidos vivos.
<b>Relevancia</b>	<p>Estima el riesgo de muerte de los nacidos vivos durante su primer año de vida.</p> <p>Las tasas de mortalidad infantil son generalmente clasificadas en altas ( 50 por mil o más), medias (20-49) y bajas ( menos de 20 ) .( CIE-10)</p> <p>Estos parámetros deber ser ajustados periódicamente a los cambios verificados en el perfil epidemiológico.</p> <p>Cuando la tasa de mortalidad infantil es alta, el componente post- neonatal es el predominante. Cuando la tasa es baja, su principal componente es la mortalidad neonatal, con predominio de mortalidad neonatal precoz.</p> <p>Altas tasas de mortalidad infantil reflejan de manera general, bajos niveles de salud y de desarrollo socioeconómico. Las tasas bajas también pueden encubrir malas condiciones de vida en segmentos sociales específicos</p>

<b>Fuente</b>	Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) / DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región Sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001-2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la mortalidad infantil, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas para la atención prenatal y el parto, o bien como para la protección de la salud infantil. Contribuir a la evaluación de los niveles de salud y de desarrollo socioeconómico de la población.</p> <p>Contribuir al seguimiento del Objetivo 4 Meta 5 de los ODM. Contribuir al análisis epidemiológico y sanitario del grupo considerado</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de mortalidad infantil**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	22,7	24,7	29,4	21,3	29,2	25,3	26,1	29,6	22,6	21,0
02 San Pedro Norte	17,9	22,1	19,8	16,5	17,0	15,7	11,8	18,0	14,1	18,5
03 Cordillera	21,3	16,5	20,8	15,8	17,6	16,7	12,8	18,1	14,6	14,3
04 Guairá	21,0	22,0	29,6	25,2	21,6	20,6	21,4	19,6	17,9	16,9
05 Caaguazú	18,4	40,0	13,8	15,2	16,5	12,7	13,1	14,5	13,1	14,6
06 Caazapá	19,2	20,1	18,4	16,7	14,6	20,7	16,4	15,2	15,7	14,0
07 Itapúa	25,0	20,6	18,8	15,6	14,5	17,2	16,8	14,6	15,9	15,1
08 Misiones	29,1	23,3	27,6	20,6	21,7	13,8	11,9	11,8	16,3	15,3
09 Paraguarí	21,9	16,7	15,1	15,7	16,7	14,2	17,0	15,9	14,2	12,8
10 Alto Paraná	26,2	27,8	27,5	19,3	20,2	25,6	25,0	21,9	20,3	21,3
11 Central	16,2	15,6	15,5	15,4	14,1	14,7	13,3	12,9	13,1	14,8
12 Ñeembucú	16,2	20,0	18,4	11,8	32,6	24,6	21,7	15,2	6,4	11,8
13 Amambay	23,8	25,1	28,7	22,1	15,6	19,7	13,4	20,5	16,7	21,1
14 Canindeyú	18,9	20,6	20,3	24,3	29,1	22,9	21,0	13,9	14,7	15,4
15 Presidente Hayes	14,0	22,3	22,4	15,3	26,2	18,4	22,9	27,7	23,9	21,3
16 Boquerón	35,2	20,0	19,0	17,1	33,1	38,4	28,5	25,1	9,3	18,2
17 Alto Paraguay	25,2	28,3	15,6	27,1	6,9	21,5	7,7	19,5	31,0	0,0
18 Asunción	15,8	19,0	16,0	15,2	17,5	22,2	15,4	16,8	12,4	15,0
<b>Total</b>	<b>19,7</b>	<b>19,4</b>	<b>19,4</b>	<b>17,0</b>	<b>17,8</b>	<b>18,0</b>	<b>16,7</b>	<b>16,9</b>	<b>15,4</b>	<b>16,3</b>

Fuente: Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) Dirección de Bioestadísticas. MSPyBS, 2012



Fuente: Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) Dirección de Bioestadísticas. MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Tasa estimada de mortalidad infantil**

<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Cociente entre el número registrado de defunciones de niños y niñas menores de un año de edad en un periodo determinado y el total de nacidos vivos estimados en dicho periodo, expresado por 1.000 nacidos vivos.
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa registrada de mortalidad infantil (TMI Estimados)  $TMI \text{ estimada} = \frac{DR < 1 \text{ año}}{TNE} \times 1000$ Donde: DR<1año= Número de defunciones registradas de niños y niñas menores de un año de edad. TNV=Total de nacidos vivos estimados.
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 1.000 nacidos vivos.
<b>Relevancia</b>	Estima el riesgo de muerte de los nacidos vivos durante su primer año de vida.  Las tasas de mortalidad infantil son generalmente clasificadas en altas ( 50 por mil o más), medias (20-49) y bajas ( menos de 20 ).( CIE-10)  Estos parámetros deben ser ajustados periódicamente a los cambios verificados en el perfil epidemiológico.  Cuando la tasa de mortalidad infantil es alta, el componente post- neonatal es el predominante. Cuando la tasa es baja, su principal componente es la mortalidad neonatal, con predominio de mortalidad neonatal precoz.  Altas tasas de mortalidad infantil reflejan de manera general, bajos niveles de salud y de desarrollo socioeconómico. Las tasas bajas también pueden encubrir malas condiciones de vida en segmentos sociales específicos

<b>Fuente</b>	Sistema Integrado de Datos ParInfo
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	anual a partir del año 1990 en adelante
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la mortalidad infantil, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas para la atención prenatal y el parto, o bien como para la protección de la salud infantil.</p> <p>Contribuir a la evaluación de los niveles de salud y de desarrollo socioeconómico de la población.</p> <p>Contribuir al seguimiento del Objetivo 4 Meta 5 de los ODM</p> <p>Contribuir al análisis epidemiológico y sanitario del grupo considerado</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

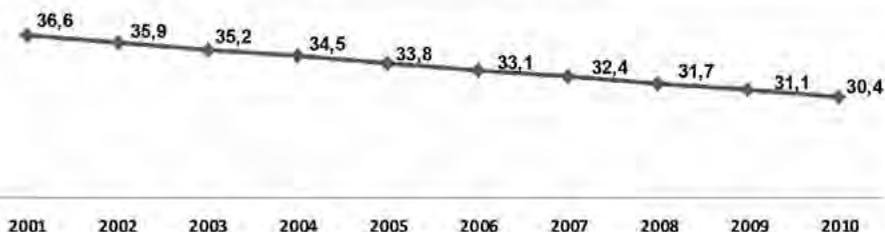
**Cuadro: Tasa estimada de mortalidad infantil**

Periodo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% Total	36.6	35.9	35.2	34.5	33.8	33.1	32.4	31.7	31.1	30.4

Fuente: DGECC, Paraguay. Proyección de la Población Nacional por sexo y edad, 2000-2050. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo, Año 2012

Nota: Interpolación de datos basados en el documento sobre Proyección Nacional, Cuadro 6: Paraguay. Indicadores Demográficos estimados por quinquenio. Periodo 1950-2050.

**Cuadro: Tasa estimada de mortalidad infantil**



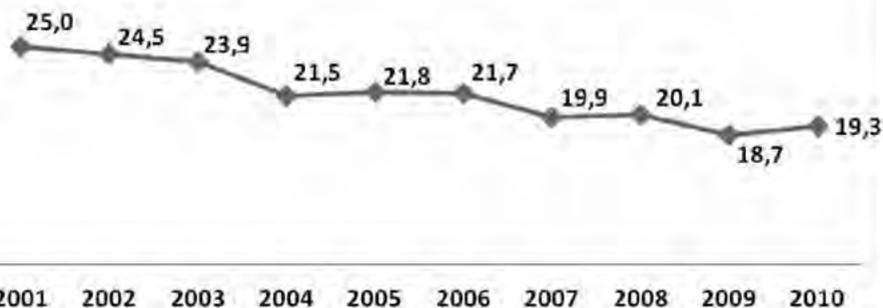
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
Salud infantil	Resultado
<b>Definición</b>	Número de defunciones de menores de cinco años de edad, por 1000 nacidos vivos, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas de 5 años (TM5Registrada)</p> $TM5 \text{ registrada} = \frac{DR5 \text{ año}}{TNV} \times 1000$ <p>Donde:  DR5= Número de defunciones registradas de niños y niñas menores de 5 años de edad.  TNV= Total de nacidos vivos registrados.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 1.000 nacidos vivos.
<b>Relevancia</b>	<p>Estima el riesgo de morir de nacidos vivos durante los cinco primeros años de vida.</p> <p>Altas tasas de mortalidad en menores de cinco años reflejan de manera general, bajos niveles de salud y de desarrollo socioeconómico.</p> <p>Es influenciada por la composición de la mortalidad en el primer año de vida (mortalidad infantil), amplificando el impacto de las causas post neonatales, a las que están expuestas también los niños de 1 a 4 años de edad. Sin embargo, tasas reducidas pueden estar encubriendo malas condiciones de vida en segmentos sociales específicos.</p> <p>Altas tasas de mortalidad en menores de cinco años indican serios deterioros en los indicadores de impacto significando graves situaciones en el cumplimiento del derecho humanos de niños y niñas. (derecho a la salud y a la vida)</p>

<b>Fuente</b>	DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Regiones sanitarias
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la mortalidad de los menores de cinco años, identificando situaciones de desigualdad y tendencias que demanden acciones y estudios específicos.</p> <p>Contribuir en la evaluación de los niveles de salud y de desarrollo socioeconómico de la población, pudiendo utilizarse para comparaciones nacionales e internacionales.</p> <p>Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de salud dirigidas hacia la atención pre natal, el parto, así como para la protección de la salud en la infancia.</p> <p>Contribuir al seguimiento del Objetivo 4 Meta 5 de los ODM</p> <p>Contribuir al análisis epidemiológico y sanitario del grupo considerado</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	29,7	32,1	35,4	28,2	33,1	31,2	30	35,1	26,3	24,7
02 San Pedro Norte	26,2	26	23,3	21	20,9	17,8	15,6	22,1	17	21,4
03 Cordillera	27,5	21,1	28,8	21,4	21,3	19,2	15,8	21,6	18,2	15,8
04 Guairá	26,8	24,5	31,5	28,6	24,1	25	24,8	21,7	21,3	19
05 Caaguazú	26	18,6	17,7	18,9	20,8	16,2	16,8	17,5	16,2	18,2
06 Caazapá	25,8	23,3	23,5	25,2	21,1	22,9	21,1	18,4	18,4	17,3
07 Itapúa	31,3	28,5	23,3	20,4	18,6	20,6	20,4	18,1	19,9	17,3
08 Misiones	35,3	31,1	31,3	26,4	26,6	16,5	13	14,1	16,5	20,6
09 Paraguari	25,1	20,6	18,9	19,5	22,2	17,8	19,2	21	16,7	15,7
10 Alto Paraná	33,5	33,8	33,8	24,5	24,7	30,6	28,1	25,6	24	24,7
11 Central	19,7	20,3	19,1	18,9	17,1	17,4	15,9	15,1	15,5	17,4
12 Ñeembucú	20,8	21,7	21,2	15,1	35,3	30,8	22,8	17,3	9,6	12,8
13 Amambay	31,3	35	35,3	26,7	19,8	22,1	16,2	23,1	19,6	23,6
14 Canindeyú	23,2	25	30,7	30,7	34,6	33,4	24,3	15,4	17,8	19,2
15 Presidente Hayes	21,1	42,4	28,6	20,6	37,5	23,6	29,5	33,2	33,9	29,6
16 Boquerón	54,2	43,9	35	23,1	39,7	49,5	38	33,2	44,2	27,6
17 Alto Paraguay	92,4	46,7	26	34,9	6,9	34,3	11,5	31,1	24,9	8,1
18 Asunción	19,2	21,9	19,9	19	21	20	17,4	19,7	14,9	17
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>24,5</b>	<b>23,9</b>	<b>21,5</b>	<b>21,8</b>	<b>21,7</b>	<b>19,9</b>	<b>20,1</b>	<b>18,7</b>	<b>19,3</b>

Fuente: SSIEV. Departamento de Bioestadista. DIGIES. MSPyBS, 2012

**Gráfico: Tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad**

Fuente: Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) / DIGIES. MSPyBS

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global (DG<5años)**

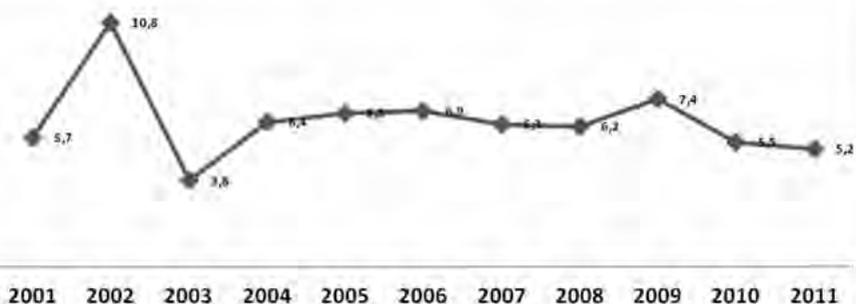
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con que acuden a servicios de salud con desnutrición global durante un periodo determinado. Se define como desnutrición global el Peso para la Edad (P/E) inferior a menos dos desviaciones estándar (- 2DE) de la mediana de referencia.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global (DG&lt;5)</p> $DG < 5 = \frac{DG \text{ observada } < 5 \text{ años}}{N < 5 \text{ años}} \times 100$ <p>Donde:            DG Observada &lt;5 años: Número observados de casos prevalentes de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años de edad.            N&lt;5: Población total de niños y niñas menores de 5 años de edad durante un periodo determinado.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide el porcentaje de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años de edad en cada región sanitaria.
<b>Fuente</b>	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país y Región sanitaria.
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de salud dirigidas hacia la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de desnutrición global (peso/edad) total (grave + moderada) de niños y niñas menores de cinco años que acuden a los servicios de salud pública.**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nro de niños/as evaluados	2612	3476	5560	5236	13587	30194	28679	29031	24630	23433	44917
01 Concepción	s/d	11	10,5	s/d	s/d	s/d	s/d	6,2	11,3	11,4	13,6
02 San Pedro Norte	7,3	10,6	8,3	6,3	7,1	7,3	6	7	8	7,2	8
San Pedro Sur	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	6,8
03 Cordillera	s/d	s/d	8,3	6,2	5,3	4,7	4,1	3,6	5,2	3,2	3,3
04 Guairá	12,8	6	4,9	3,5	8,4	9,7	s/d	4,8	5	4,9	3,6
05 Caaguazú	4,9	3,1	s/d	s/d	8,4	9,1	6,9	7,5	13,1	6,3	9,4
06 Caazapá	s/d	6,3	4,1	5,4	11,9	s/d	s/d	4,4	s/d	7,6	7,4
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	6,4	6,5	4,7	6	4,1	5,1	4,5
08 Misiones	s/d	3,3	3	6	4,7	4,1	2,8	2,9	3,8	2,6	2,7
09 Paraguari	s/d	2,6	5,2	5,8	3	8,8	5,0	4,3	4	7,2	3,3
10 Alto Paraná	s/d	8,1	s/d	s/d	4,4	13,1	s/d	s/d	7,7	6,3	6,4
11 Central	3,6	4	3,4	s/d	s/d	4,7	4,5	3,9	4,5	3,7	3,7
12 Ñeembucú	s/d	5,6	s/d	s/d	s/d	1,4	1	s/d	2,8	1,8	2,1
13 Amambay	7	9,7	8,8	7,2	9,9	s/d	s/d	s/d	6,7	s/d	5,5
14 Canindeyú	5,4	8,7	10,5	7,6	6	7	8	9,4	12,5	7,6	7,2
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	4	s/d	12,1	10,9	s/d	4,7	7,5
16 Boquerón	s/d	s/d	5,3	0	6,5	6,3	5,6	4,4	8,8	4,3	2,9
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	4,3	s/d	s/d	3,8
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	3,1	3,5	6	s/d	2,8	3,7	3,2
<b>Total</b>	<b>5,7</b>	<b>10,6</b>	<b>3,8</b>	<b>6,4</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>	<b>6,2</b>	<b>7,4</b>	<b>6,5</b>	<b>5,2</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

**Cuadro: Porcentaje de desnutrición global (peso/edad) total (grave + moderada) de niños y niñas menores de cinco años que acuden a los servicios de salud pública.**



Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición crónica**

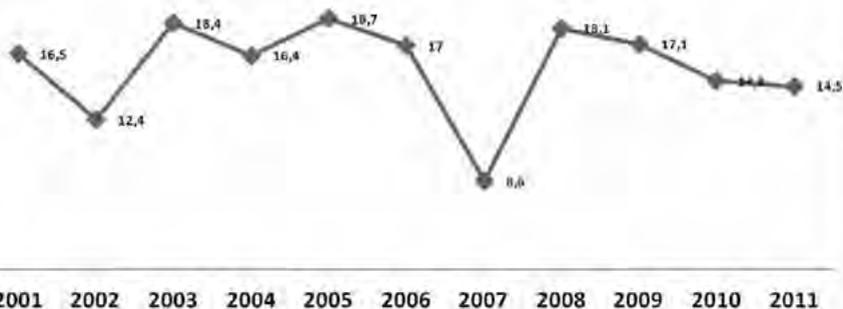
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica durante un periodo determinado. Se define como desnutrición crónica a la Talla/ para la Edad (T/E) inferior a menos dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (DC&lt; 5)</p> $DC < 5 = \frac{Dc\ observada < 5 años}{N < 5 años} \times 100$ <p>Donde:  DC observada &lt; 5 años: Número registrado de casos observados de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad detectados durante un período determinado  N&lt;5: Población total de niños y niñas menores de 5 años de edad durante un periodo determinado</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide el porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad en cada región sanitaria
<b>Fuente</b>	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de salud dirigidas hacia la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de desnutrición crónica (talla baja para la edad) en niños y niñas menores de cinco años que acuden a los servicios de salud pública.**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nro de niños/as evaluados	2612	3476	5560	5236	13587	30194	28679	29031	24630	23433	44947
01 Concepción	s/d	28.1	5.3	s/d	s/d	s/d	s/d	16	17.2	23.7	18
02 San Pedro Norte	19.3	24.2	15.1	16	18.3	17	15.4	15.8	16.3	13.3	16.2
San Pedro Sur	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	25.6
03 Cordillera	s/d	s/d	34.3	19.3	18.4	16.7	15.9	17.7	21.8	16.7	13.2
04 Guairá	12.8	8	12.4	7.9	14.4	18.3	s/d	7.6	15.1	11.9	19.3
05 Caaguazú	23.5	7.7	s/d	s/d	20.8	22.7	21.9	25.7	24	21.7	22.9
06 Caazapá	s/d	5.5	17	14	28.2	s/d	75	20	s/d	17.7	15.9
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	15.8	16.2	20.9	20.5	13.7	16.8	13.8
08 Misiones	s/d	6.7	18.1	16.1	20.3	10.9	7.5	8.5	9.7	9.8	9.6
09 Paraguari	s/d	8.9	16	15.4	15.8	13.7	11.1	14	13.8	12.9	13.1
10 Alto Paraná	s/d	18.3	s/d	s/d	17.4	28.7	s/d	s/d	16.2	19.1	18.6
11 Central	13.2	7.9	7.2	s/d	0	10.3	9.4	12.1	11.3	11.5	10.2
12 Ñeembucú	s/d	9.4	s/d	s/d	s/d	4.5	4.4	4.7	8.4	7.4	6.3
13 Amambay	19.1	28.7	20.6	18.3	24.6	s/d	s/d	s/d	11.4	s/d	12.4
14 Canindeyú	12.8	17.5	22.8	18.5	19.2	18.7	24	25.9	28.1	23.2	20.6
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	8.4	s/d	25.6	36.5	s/d	10.1	17.1
16 Boquerón	s/d	s/d	15.8	20	9.6	12.5	13.4	20.1	23.4	11.4	5.1
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	35.3	s/d	s/d	10
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	10.4	11.6	26.2	s/d	12.3	9.7	13.9
<b>Total</b>	<b>16,5</b>	<b>12,4</b>	<b>18,4</b>	<b>16,4</b>	<b>18,7</b>	<b>17</b>	<b>8,6</b>	<b>18,1</b>	<b>17,1</b>	<b>14,8</b>	<b>14,5</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

**Gráfico: Porcentaje de desnutrición crónica (talla baja para la edad) en niños y niñas menores de cinco años que acuden a los servicios de salud pública.**



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

### NOMBRE DEL INDICADOR

**Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con riesgo de desnutrición global (RDG<5años)**

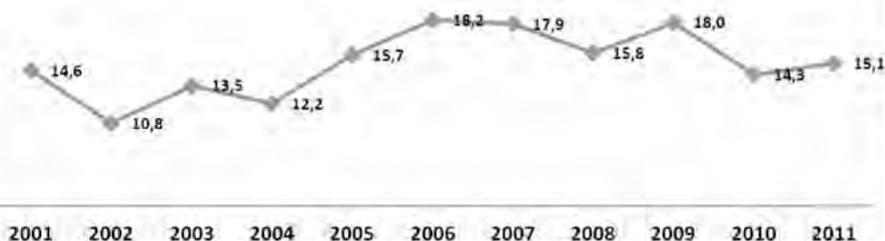
ATRIBUTO Salud infantil	TIPO DE INDICADOR Resultado
<b>Definición</b>	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que acuden a servicios de salud con riesgo de desnutrición global durante un periodo determinado. Se define como riesgo de desnutrición global al Peso para la Edad (P/E) entre - 1 y - 2 desviaciones estándar (-1 y - 2 DE) desde la mediana de referencia.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con riesgo de desnutrición global (RDG&lt;5años)</p> $RDG < 5 = \frac{RDG \text{ observada } < 5años}{N < 5años} \times 100$ <p>Donde:                      RDG observada &lt;5año: Número registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con riesgo de desnutrición global detectados durante un periodo determinado                      N&lt;5: Población total de niños y niñas menores de 5 años de edad durante un periodo determinado.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide el porcentaje del riesgo de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años de edad en cada región sanitaria.
<b>Fuente</b>	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país y Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de salud dirigidas hacia la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de riesgo de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, entre los que acuden a los servicios de salud pública.**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nro de niños/as evaluados	2612	3476	5560	5236	13507	30194	28679	29031	24630	23433	44947
01 Concepción	s/d	12.5	21.1	s/d	s/d	s/d	s/d	14.1	23.7	24.5	21
02 San Pedro Norte	14.6	14.4	10.9	12.4	15.4	20.8	17.7	17.5	19.2	18.4	22
San Pedro Sur	n/a	n/a	n/a	11.8	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	23
03 Cordillera	s/d	s/d	13.9	n/a	12.7	12.8	11.9	12.2	13.5	9.5	10.7
04 Guairá	15.1	12.9	8.7	8.3	11.6	14.6	s/d	13.8	14.8	14.2	19.9
05 Caaguazú	17.6	9.2	s/d	s/d	19.9	21.4	21	20.9	31.3	20.4	24.5
06 Caazapa	s/d	12.7	11.7	11.1	16.2	s/d	s/d	14.7	s/d	16.2	23.2
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	16.5	14.7	15.6	15	12.2	10.3	12.1
08 Misiones	s/d	6.8	10.7	12.1	11.9	14.3	8.9	10.6	7.5	8.5	8.3
09 Paraguari	s/d	6.6	15.3	9.6	10.4	17.5	18.3	13.6	9.8	12.9	10.7
10 Alto Paraná	s/d	13	s/d	s/d	12.4	15.6	s/d	s/d	15.5	13	15.7
11 Central	12.1	16.8	11.5	s/d	0	13.2	10.8	11.5	11.6	10	13.2
12 Ñeembucú	s/d	9.4	s/d	s/d	s/d	15	15.5	15.6	14.1	11.5	10.9
13 Amambay	17	14.3	13.7	13.5	16.2	s/d	s/d	s/d	15.7	s/d	15.8
14 Canindeyú	16.4	12.3	17.6	13.2	15	17.5	20.3	18.5	26.8	16.2	19.3
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	14.3	s/d	24.8	18.3	s/d	11.6	18.1
16 Boquerón	s/d	s/d	10.5	40	15.3	18.8	15.5	13.1	15.3	19.3	9.9
17 Alto Paraguay	s/d	7.4	s/d	s/d	8.1						
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	10.4	10.2	11.9	s/d	11.3	12.5	9.6
<b>Total</b>	<b>14.6</b>	<b>10.8</b>	<b>13.5</b>	<b>12.2</b>	<b>15.7</b>	<b>16.2</b>	<b>17.9</b>	<b>15.8</b>	<b>18.0</b>	<b>14.3</b>	<b>15.1</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

**Cuadro: Porcentaje de riesgo de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, entre los que acuden a los servicios de salud pública.**



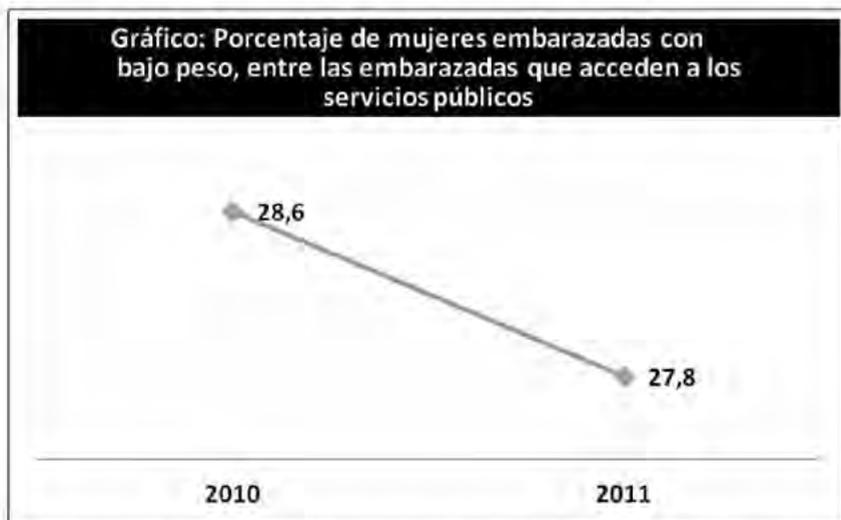
Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Porcentaje registrado de mujeres embarazadas con bajo peso</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Salud infantil	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de salud con bajo peso durante un periodo determinado. Se define el bajo peso a partir del porcentaje de peso/talla según la edad gestacional en relación a la tabla Rosso-Mardones (Chile)
<b>Forma de cálculo</b>	Porcentaje registrado de mujeres embarazadas con bajo peso $DE = \frac{NE \text{ con bajo peso}}{NE} \times 100$ <p>Donde:  NE con bajo peso: Número de casos observados de bajo peso en embarazadas durante un período determinado.  NE: Población total de embarazadas que acuden al servicio de salud pública durante un periodo determinado.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide el peso por debajo de lo esperado de las madres embarazadas que acuden al servicio salud público.
<b>Fuente</b>	Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN
<b>Desagregación deseada</b>	Total. Sexo: Varón, Mujer. Área de Residencia: Urbana, Rural. Cobertura Geográfica: País, Departamental, Distrital. Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país y regiones sanitarias disponibles.
<b>Periodo disponible</b>	2009 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas y acciones de salud dirigidas hacia la situación nutricional de madres embarazadas.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de mujeres embarazadas con bajo peso, entre las embarazadas que acceden a los servicios públicos**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nro de niños/as evaluados									12285	13761	23,281
01 Concepción	s/d	35.3	29.8	30.6							
02 San Pedro Norte	s/d	32.3	29.8	27.9							
San Pedro Sur	s/d	s/d	31.4								
03 Cordillera	s/d	29.8	28.3	28.5							
04 Guairá	s/d	27.6	31.4	26.3							
05 Caaguazú	s/d	34.4	18.8	50.8							
06 Caazapá	s/d	28.9	29.8								
07 Itapúa	s/d	28.9	29.1	25.1							
08 Misiones	s/d	25.9	30.2	26.1							
09 Paraguari	s/d	35.7	24.9								
10 Alto Paraná	s/d	25.8	29.6	27.5							
11 Central	s/d	25.1	25.2	24.4							
12 Ñeembucú	s/d	26.5	30.5	24.9							
13 Amambay	s/d	29.6	s/d	28.9							
14 Canindeyú	s/d	31.7	40.6	31.1							
15 Presidente Hayes	s/d	25.4	25.4								
16 Boquerón	s/d	28.3	24.1	22.3							
17 Alto Paraguay	s/d	9.1	23.3								
18 Asunción	s/d	26.1	29.2	26.2							
<b>Total</b>										<b>28.6</b>	<b>27.8</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) / INAN / MSPBS

*INDICADORES DEL  
ATRIBUTO:*  
**ACCESIBILIDAD A  
CENTROS DE SALUD Y  
MEDICAMENTOS  
ESENCIALES**



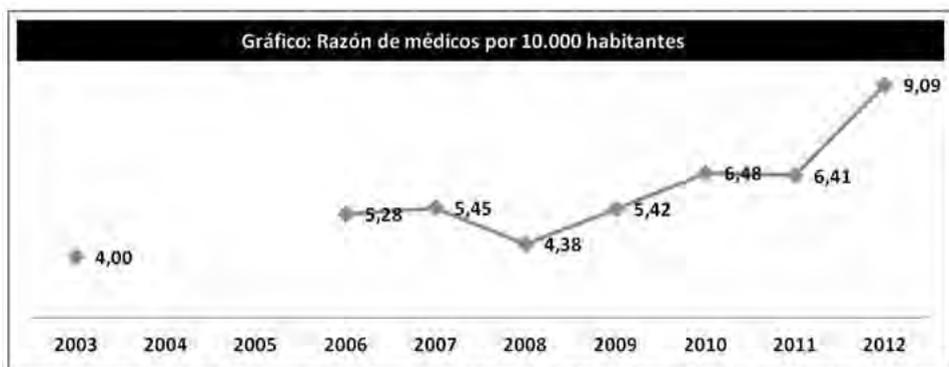
**INDICADORES DEL ATRIBUTO: ACCESIBILIDAD A CENTROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS  
ESENCIALES**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Médicos/as por cada 10 mil habitantes</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales</b>	Proceso
<b>Definición</b>	Relación del total de médicos/as generales y familiares en contacto con el/la paciente disponibles en instituciones del sector público y privado para atender a la población, ponderada por cada 10 mil habitantes.
<b>Forma de cálculo</b>	$TMed = \frac{TMeda}{PT} \times 10.000$ <p>Donde:                      TMed: Total de médicos/as generales y familiares en contacto con el/la paciente en instituciones del sector público y privado.                      PT: Población total en el periodo de referencia.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Por 10.000 habitantes
<b>Relevancia</b>	Expresa la cobertura médica de la población en términos del número de médicos existentes por habitantes o del número de habitantes por médico.
<b>Fuente</b>	Nómina de datos referente a recursos humanos del MSPyBS. Unidad de Soporte Tecnológico. Dirección General de RRHH. MSPyBS, 2012 y STP/DGEEC. Paraguay: Proyección de la Población por Año Calendario y Sexo, según Departamento y Distrito. Periodo 2000-2015.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Médicos con funciones administrativas; Con funciones asistenciales; Según especialidad
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Regiones sanitarias.
<b>Periodo disponible</b>	2003 al 2012
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Indicador de utilidad para analizar la cobertura de los servicios de salud. Se utiliza con frecuencia como número absoluto.</p> <p>Contribuye a la administración social y a la elaboración de planes de formación del personal médico.</p> <p>Expresa el nivel de desarrollo socioeconómico en general y de los sistemas de salud en particular.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Razón de médicos por 10.000 habitantes**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
01 Concepción	s/d	s/d	1,70	s/d	s/d	3,05	3,16	2,16	5,25	5,62	5,78	6,27
02 San Pedro	s/d	s/d	1,35	s/d	s/d	2,24	2,45	1,56	3,60	3,44	3,18	3,42
03 Cordillera	s/d	s/d	2,09	s/d	s/d	3,64	3,71	3,44	5,04	5,16	5,14	6,87
04 Guairá	s/d	s/d	3,00	s/d	s/d	3,41	4,48	3,23	4,33	5,48	5,11	5,86
05 Caaguazú	s/d	s/d	1,27	s/d	s/d	1,78	1,24	1,64	2,78	3,18	3,03	2,86
06 Caazapá	s/d	s/d	1,15	s/d	s/d	2,87	2,93	1,33	5,43	6,48	6,87	7,33
07 Itapúa	s/d	s/d	2,06	s/d	s/d	1,98	2,57	1,70	2,12	2,76	2,66	3,79
08 Misiones	s/d	s/d	2,85	s/d	s/d	4,09	5,28	3,66	9,32	10,35	10,16	12,63
09 Paraguari	s/d	s/d	2,77	s/d	s/d	3,45	4,45	3,73	5,48	5,63	5,51	6,01
10 Alto Paraná	s/d	s/d	1,57	s/d	s/d	2,15	1,93	1,58	1,76	2,47	2,51	2,74
11 Central	s/d	s/d	3,75	s/d	s/d	6,44	6,15	4,53	4,87	6,11	6,14	10,39
12 Ñeembucú	s/d	s/d	3,06	s/d	s/d	5,07	4,69	4,43	5,73	6,91	7,01	7,71
13 Amambay	s/d	s/d	3,72	s/d	s/d	3,65	3,96	2,65	4,89	4,95	4,78	4,78
14 Canindeyú	s/d	s/d	1,54	s/d	s/d	2,21	2,33	1,31	2,62	4,57	4,59	4,75
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	2,53	s/d	s/d	4,78	6,12	4,11	5,21	5,41	5,23	7,21
16 Boquerón	s/d	s/d	1,28	s/d	s/d	0,97	0,94	1,28	2,67	2,60	2,86	2,45
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	9,32	s/d	s/d	12,03	12,11	8,71	15,77	15,87	16,90	20,63
18 Asunción	s/d	s/d	17,59	s/d	s/d	19,79	21,48	19,72	20,79	25,14	24,80	37,65
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>4,00</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>5,28</b>	<b>5,45</b>	<b>4,38</b>	<b>5,42</b>	<b>6,48</b>	<b>6,41</b>	<b>9,09</b>

Fuente: Cálculo en base: Nómina de datos referente a recursos humanos del MSPyBS. Unidad de Soporte Tecnológico. Dirección General de RRHH. MSPyBS, 2012 y STP/DGEEC. Paraguay: Proyección de la Población por Año Calendario y Sexo, según Departamento y Distrito. Período 2000-2015.

**Gráfico: Razón de médicos por 10.000 habitantes**

Fuente: Nómina de datos referente a recursos humanos del MSPyBS. Unidad de Soporte Tecnológico. Dirección General de RRHH. MSPyBS, 2012 y STP/DGEEC. Paraguay: Proyección de la Población por Año Calendario y Sexo, según Departamento y Distrito. Período 2000-2015.

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Porcentaje de la población con seguro médico</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales</b>	<b>Resultado</b>
<b>Definición</b>	Proporción del total de personas residentes en viviendas particulares que cuentan con afiliación a un seguro médico vigente en el país, ponderada por cien.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje de población con seguro médico (PSM)</p> $PSM = \frac{ntSM}{PT} \times 100$ <p>Donde:</p> <p>ntSM: Número total de personas que cuentan con afiliación a seguro médico.</p> <p>PT: Total de la población</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Incluye a toda la población cubierta con planes de salud correspondiente a seguro médico. Por ejemplo: IPS, Seguro privado individual, Seguro privado laboral, Seguro privado familiar, Sanidad militar, Sanidad policial, Seguro local.
<b>Fuente</b>	Encuesta Permanente de Hogares
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, población con discapacidad.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, por sexo, Quintiles de ingreso per cápita mensual; Área.
<b>Periodo disponible</b>	2003 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la cobertura de sistema de asistencia médica a nivel de seguro médico.</p> <p>Identificar situaciones que puedan demandar estudios especiales, relacionados con la asistencia de salud prestada por los seguros médicos.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas destinadas para la asistencia médica, especialmente cuando las condiciones de oferta de servicios y de recursos en el Servicio de Salud y con el perfeccionamiento de la legislación que reglamenta los planes y seguros privados de salud.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censo

**Población por características seleccionadas, según tenencia y tipo de seguro médico. Años 2003-2011.**

Característica	Total	Sexo		Quintiles de Ingreso per capita mensual					Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	20% más pobre	20% siguiente	20% siguiente	20% siguiente	20% más rico	Urbana	Rural
<b>EPH 2003</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	5,651,493	2,803,432	2,848,061	1,123,826	1,122,263	1,121,422	1,121,517	1,119,725	3,185,752	2,465,741
IPS	10.4	10.0	10.9	0.9	3.5	10.3	17.9	19.9	14.5	5.3
Otro tipo de seguro	8.7	8.2	9.1	0.9	2.5	4.0	8.5	27.7	13.1	3.0
No tiene en ningún lugar	80.9	81.7	80.1	98.2	94.0	85.7	73.6	52.4	72.5	91.8
No disponible	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0
<b>EPH 2004</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	5,701,603	2,860,519	2,841,084	1,132,277	1,133,229	1,130,983	1,132,476	1,132,043	3,234,982	2,456,645
IPS	10.3	9.6	10.9	1.4	5.8	8.8	16.5	19.0	14.6	4.5
Otro tipo de seguro	7.9	7.5	8.4	0.7	2.4	4.4	6.9	25.5	12.3	2.2
No tiene en ningún lugar	81.5	82.9	80.8	98.0	91.8	86.8	76.7	55.5	78.1	83.3
No disponible	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>EPH 2005</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	5,837,498	2,912,920	2,924,579	1,156,506	1,155,365	1,156,924	1,155,510	1,156,872	3,377,723	2,447,565
IPS	12.4	11.3	13.4	1.3	5.9	13.3	17.6	24.0	17.1	5.8
Otro tipo de seguro	9.2	8.7	9.6	0.3	2.4	5.5	11.5	26.3	13.8	2.8
No tiene en ningún lugar	78.5	80.0	77.0	98.4	91.7	81.7	70.9	49.8	69.1	91.4
No disponible	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>EPH 2006</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	5,946,109	2,939,736	3,006,373	1,182,804	1,181,617	1,182,342	1,183,037	1,181,554	3,454,345	2,488,802
IPS	11.6	10.6	12.6	0.7	4.1	10.1	21.1	22.3	16.3	5.2
Otro tipo de seguro	7.5	7.5	7.6	0.3	1.3	4.2	7.2	24.8	11.3	2.3
No tiene en ningún lugar	80.8	81.9	79.8	99.0	94.5	85.8	71.7	53.0	72.5	92.5
No disponible	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>EPH 2007</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	6,055,095	3,017,059	3,038,036	1,205,218	1,200,204	1,204,170	1,205,165	1,202,094	3,533,119	2,521,976
IPS	13.9	13.1	14.8	1.8	7.1	15.1	18.9	27.1	19.2	6.6
Otro tipo de seguro	7.9	7.8	8.1	0.9	2.9	3.6	7.8	24.7	11.9	2.3
No tiene en ningún lugar	78.1	79.1	77.2	97.3	89.9	81.2	73.2	48.2	68.9	91.1
No disponible	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>EPH 2008</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	5,164,082	3,059,504	3,104,578	1,227,661	1,224,416	1,226,905	1,225,228	1,225,918	3,611,111	2,552,971
IPS	16.0	15.4	16.6	2.2	9.2	17.0	24.3	27.6	21.3	8.6
Otro tipo de seguro	9.0	8.8	9.3	1.0	2.0	4.2	8.4	28.7	13.4	2.8
No tiene en ningún lugar	74.9	75.8	74.1	96.8	88.9	78.8	66.2	43.6	65.3	88.6
No disponible	-	-	-	-	-	-	-	0.1	-	-
<b>EPH 2009</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	6,273,103	3,153,489	3,119,614	1,248,843	1,248,253	1,250,522	1,248,795	1,248,568	3,689,006	2,584,097
IPS	15.4	14.6	16.3	1.6	6.6	14.8	24.0	30.2	21.2	7.2
Otro tipo de seguro	8.3	8.2	8.4	1.0	2.2	5.4	10.5	22.5	11.8	3.3
No tiene en ningún lugar	76.1	76.9	75.3	97.4	91.1	79.6	63.0	47.3	66.7	89.5
No disponible	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	0.5	0.0	0.2	0.1
<b>EPH 2010</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	6,361,940	3,223,796	3,138,144	1,266,014	1,268,503	1,267,904	1,266,314	1,268,392	3,766,978	2,614,962
IPS	16.4	15.8	17.1	2.0	9.5	16.0	21.7	31.1	23.7	5.9
Otro tipo de seguro	7.0	6.6	7.3	0.1	1.6	5.1	7.2	20.9	10.3	2.1
No tiene en ningún lugar	76.6	77.6	75.6	97.9	88.9	78.9	69.1	47.9	66.0	91.9
No disponible	-	-	-	0.0	0.0	-	-	0.1	0.0	0.0
<b>EPH 2011</b>										
Porcentaje de la población, según tipo de seguro médico										
Total	6,491,714	3,229,973	3,261,741	1,294,807	1,291,162	1,293,025	1,293,251	1,292,403	3,848,750	2,642,964
IPS	17.8	16.8	18.9	2.7	11.7	20.8	24.0	30.0	24.6	8.0
Otro tipo de seguro	7.7	7.9	7.6	0.8	2.8	4.5	9.1	21.6	11.2	2.7
No tiene en ningún lugar	74.4	75.3	73.6	96.5	85.6	74.6	66.9	48.4	64.2	89.3
No disponible	0.0	0.0	0.0	-	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, 2003 al 2011. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo

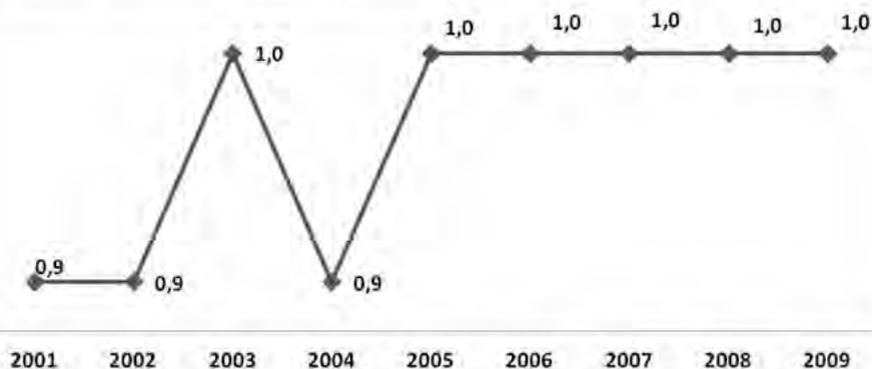
**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Camas por cada mil habitantes**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Número de camas instaladas, totales o de las diferentes especialidades, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas, por 1000 habitantes, abarcando los diferentes subsectores, por unidad geográfica, en un año considerado.
<b>Forma de cálculo</b>	Camas por cada 1000 habitantes (nES)  $nES = \frac{n_{tESP}}{P_T} \times 1000$ Donde: Numerador: Número total de camas censales en instituciones del sector público y privado en un periodo determinado. Denominador: Total de la población en el periodo determinado.
<b>Unidad de medida</b>	Por cada 1000 habitantes
<b>Relevancia</b>	Mide la relación entre la oferta de camas hospitalarias y la población residente en la misma área geográfica.  Está influenciado por factores socio – económicos, epidemiológicos y demográficos tales como el nivel de ingresos, grupos de edad, oferta de profesionales de salud, políticas públicas asistenciales y preventivas.  Es susceptible de variación por los cambios epidemiológicos, de mantenimiento de equipos o de infraestructura edilicia.
<b>Fuente</b>	IBS Departamento de Bioestadística
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Región sanitaria (IPS y público)
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2009
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales, en la oferta de camas hospitalarias públicas y privadas, identificando situaciones de desigualdad que demanden acciones y estudios específicos.  Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas dirigidas a la asistencia médico hospitalaria.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Razón de camas por 1.000 habitantes (IPS + MSPyBS)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 Concepción	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2
02 San Pedro	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
03 Cordillera	0.7	0.7	0.8	0.7	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7
04 Guairá	1.2	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.2	1.4	1.3
05 Caaguazú	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6
06 Caazapá	1.2	1.2	1.0	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9
07 Itapúa	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7
08 Misiones	1.0	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1
09 Paraguari	1.1	1.1	1.1	0.9	1.2	1.0	1.0	1.3	1.3
10 Alto Paraná	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
11 Central	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.3	0.6	0.6
12 Ñeembucú	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.6	1.6	1.7
13 Amambay	0.9	0.9	1.0	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8
14 Canindeyú	0.5	0.5	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	0.7	0.6
15 Presidente Hayes	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0
16 Boquerón	0.7	0.7	1.0	0.5	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
17 Alto Paraguay	2.1	2.1	2.3	3.5	3.5	3.8	3.8	3.8	4.2
18 Asunción	3.2	3.2	3.7	3.5	3.6	3.7	4.8	3.4	3.4
<b>Total</b>	<b>0.9</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>	<b>1.0</b>

Fuente: IBS Departamento de Bioestadística. MSPyBS.

**Gráfico: Razón de camas por 1.000 habitantes (IPS + MSPyBS)**

Fuente: IBS Departamento de Bioestadística. MSPyBS.

*INDICADORES DEL  
ATRIBUTO:*  
**ENTORNO NATURAL  
Y DEL TRABAJO**



INDICADORES DEL ATRIBUTO: ENTORNO NATURAL Y DEL TRABAJO

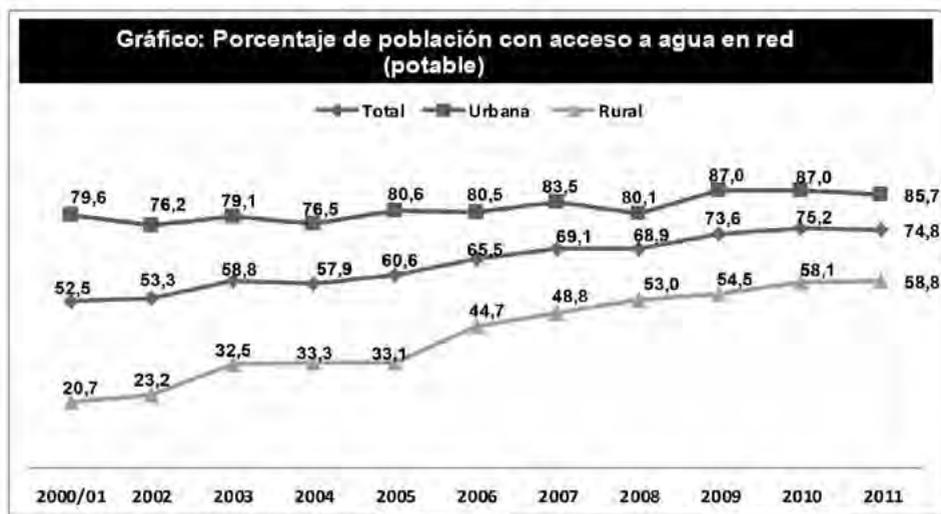
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable)</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Entorno natural y del trabajo</b>	Proceso
<b>Definición</b>	Población con acceso a servicio de agua potable (abastecimiento de agua a través de: ESSAP/SENASA, red privada y distribución en red), expresado como porcentaje de la correspondiente población total.
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje de población con acceso a agua potable (AAP)</p> $AAP = \frac{ASAP}{PT} \times 100$ <p>Donde:                      ASAP: Población con acceso a servicios de agua potable (abastecimiento de agua a través de: ESSAP/SENASA, red privada y distribución en red)                      PT: Población total</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la cobertura de servicios de abastecimiento adecuado de agua a la población, a través de red general de distribución.
<b>Fuente</b>	Encuesta Permanente de Hogares/ParInfo
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, Departamento, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, Área: urbano, rural
<b>Periodo disponible</b>	2000/1 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la cobertura de abastecimiento de agua a la población, identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar medidas de intervención.</p> <p>Proveer elementos para el análisis de riesgos para la salud asociados a factores ambientales.</p> <p>Contribuir en el análisis de situación socio-económica de la población.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas destinadas para el saneamiento básico, especialmente las relacionadas con el abastecimiento de agua.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

**Cuadro: Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable)**

Periodo	%		
	Total	Urbana	Rural
2000/01	52,5	79,6	20,7
2002	53,3	76,2	23,2
2003	58,8	79,1	32,5
2004	57,9	76,5	33,3
2005	60,6	80,6	33,1
2006	65,5	80,5	44,7
2007	69,1	83,5	48,8
2008	68,9	80,1	53,0
2009	73,6	87,0	54,5
2010	75,2	87,0	58,1
2011	74,8	85,7	58,8

**Fuente:** DGEEC\_Encuesta Integrada de Hogares 2000/01, y Encuesta Permanente de Hogares 2002- 2011. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012

**Nota:** Las encuestas de hogares excluyen a los dptos. de Boquerón y Alto Paraguay.



Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

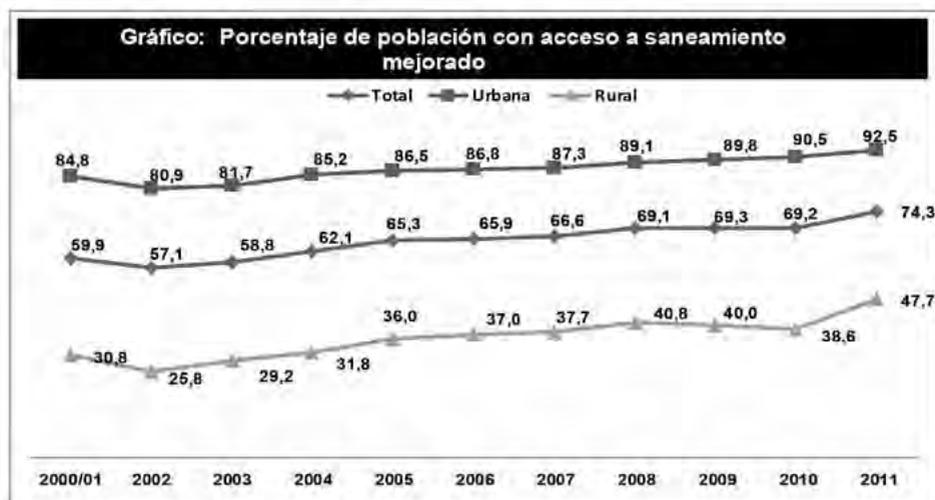
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado</b>	
<b>ATRIBUTO</b> Entorno natural y del trabajo	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Procesos
<b>Definición</b>	Población con acceso a saneamiento mejorado expresado como porcentaje de la correspondiente población total. Se define saneamiento mejorado a la deposición de afluentes cloacales mediante la utilización de los siguientes sistemas sanitarios: inodoro conectado a red pública (arrastre de agua, red de alcantarillado sanitario), inodoro conectado a pozo ciego – con o sin cámara séptica (arrastre de agua, cámara séptica, y pozo ciego – absorbente)
<b>Forma de cálculo</b>	Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado (PSM) $PSM = \frac{PSM}{PT} \times 100$ Donde: PSM: Población con acceso a saneamiento mejorado. PT: Población total.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Medir el acceso de la población a un sistema de saneamiento mejorado según definición.
<b>Fuente</b>	Encuesta Permanente de Hogares/ ParInfo
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, Departamento, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Área: urbano, rural.
<b>Periodo disponible</b>	2000/1 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas destinadas para el saneamiento mejorado según lo establecido para los ODM.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

**Cuadro: Porcentaje de población con acceso a saneamiento mejorado**

Periodo	%		
	Total	Urbana	Rural
2000/01	59,9	84,8	30,8
2002	57,1	80,9	25,8
2003	58,8	81,7	29,2
2004	62,1	85,2	31,8
2005	65,3	86,5	36,0
2006	65,9	86,8	37,0
2007	66,6	87,3	37,7
2008	69,1	89,1	40,8
2009	69,3	89,8	40,0
2010	69,2	90,5	38,6
2011	74,3	92,5	47,7

Fuente: DGEEC\_Encuesta Integrada de Hogares 2000/01, y Encuesta Permanente de Hogares. 2002-2011. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012

**Nota:** Las encuestas de hogares excluyen a los dptos. de Boquerón y Alto Paraguay.



Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada**

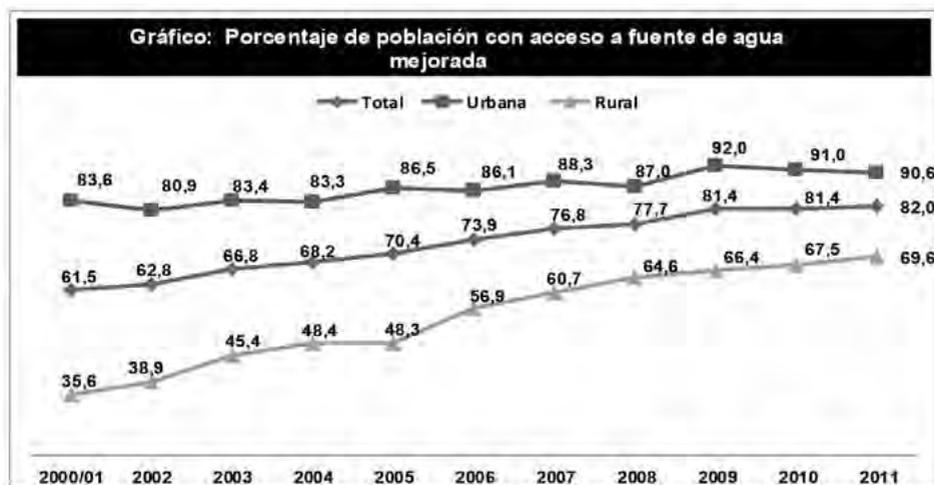
<b>ATRIBUTO</b> Entorno natural y del trabajo	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Población con acceso a fuente de agua mejorada, expresado como porcentaje de la correspondiente población total. Se define acceso a fuente mejorada al abastecimiento de agua a través de ESSAP/SENASA, red privada, grifo público, pozo artesiano, 50% de pozo con bomba, 50% de pozo con bomba y aljibe:
<b>Forma de cálculo</b>	Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada (PAM)  $PAM = \frac{AFM}{PT} \times 100$ Donde: AFM: Población con acceso a fuente de agua mejorada. PT: Población Total
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	Mide la cobertura de servicios de abastecimiento adecuado de agua a la población, a través de red general de distribución.
<b>Fuente</b>	Encuesta Permanente de Hogares
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, Departamento, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia
<b>Desagregación disponible</b>	Total país, Área: urbano, rural.
<b>Periodo disponible</b>	2000/1 AL 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la cobertura de abastecimiento de agua a la población, identificando situaciones de insuficiencia que puedan indicar medidas de intervención.</p> <p>Proveer elementos para el análisis de riesgos para la salud asociados a factores ambientales.</p> <p>Contribuir en el análisis de situación socio-económica de la población.</p> <p>Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas destinadas para el saneamiento básico, especialmente las relacionadas con el abastecimiento de agua mejorada.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y ensos

**Cuadro: Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada**

Periodo	%		
	Total	Urbana	Rural
2000/01	61,5	83,6	35,6
2002	62,8	80,9	38,9
2003	66,8	83,4	45,4
2004	68,2	83,3	48,4
2005	70,4	86,5	48,3
2006	73,9	86,1	56,9
2007	76,8	88,3	60,7
2008	77,7	87,0	64,6
2009	81,4	92,0	66,4
2010	81,4	91,0	67,5
2011	82,0	90,6	69,6

**Fuente:** DGEEC\_Encuesta Integrada de Hogares 2000/01, y Encuesta Permanente de Hogares 2002-2011. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012

**Nota:** Las encuestas de hogares excluyen a los dptos. de Boquerón y Alto Paraguay.



Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

*INDICADORES  
DEL ATRIBUTO:*  
**PREVENCIÓN,  
TRATAMIENTO  
Y CONTROL DE  
ENFERMEDADES**



**INDICADORES DEL ATRIBUTO: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Tasa registrada de incidencia de la malaria por cada mil habitantes</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Prevención, tratamiento y control de enfermedades</b>	Proceso
<b>Definición</b>	<p>Se expresa como el número de casos de malaria detectados en una población de riesgo en un determinado año, dividido por el total de esa población, expresada por mil habitantes, de área malárica para el mismo año.</p> <p>Para este indicador, se utiliza Incidencia Parasitaria Anual (IPA) por 1000 habitantes.</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Tasa registrada de incidencia de malaria por cada 100 mil habitantes. (TIM)</p> $TIM = \frac{NCD}{PAM} \times 1000$ <p>Donde:</p> <p>NCD: Número de casos de malaria detectados en una población de riesgo.</p> <p>PAM: Población de riesgo en área malárica</p> <p>Ficha ODM</p>
<b>Unidad de medida</b>	Por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	<p>Estima el riesgo de ocurrencia de malaria, en una determinada población, en intervalo de tiempo determinado, y en la población expuesta al riesgo de adquirir la enfermedad.</p> <p>Está relacionada a la exposición de individuos a la picadura de mosquitos del género anopheles, infectados por el protozooario del género plasmodium. En el Paraguay las áreas endémicas se localizan en las zonas boscosas y húmedas.</p> <p>Se relaciona también con las migraciones internas de asentamientos rurales relacionados a actividades económicas, población susceptible, presencia del vector infectado, ausencia de acciones integradas de control (diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, educación y medidas antivectorales selectivas).</p>

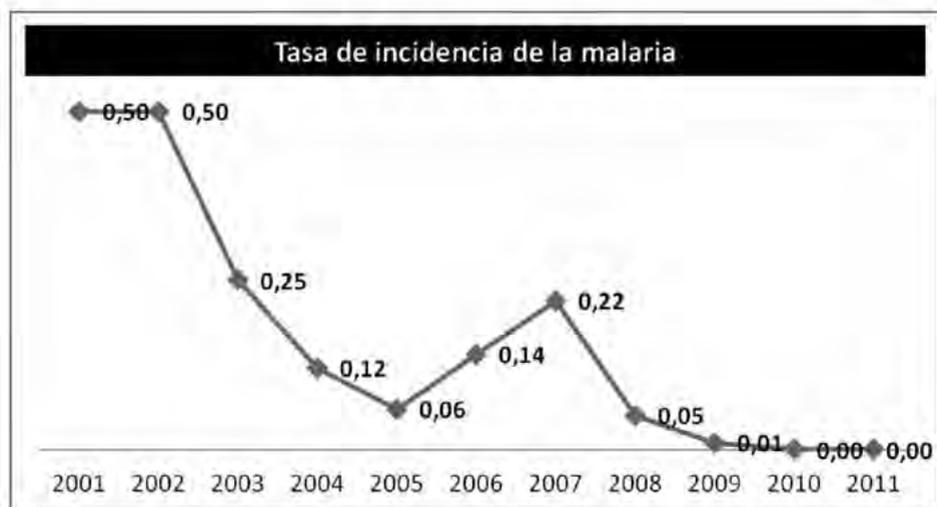
<b>Fuente</b>	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) 1990-2010 en ParInfo.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País; Por sexo
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones poblacionales, geográficas y temporales en la distribución de casos de malaria, como parte del conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica, y ambiental de la enfermedad.</p> <p>Contribuir para la evaluación y orientación de las medidas de control vectorial de los anopheles.</p> <p>Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas al control de enfermedades de transmisión vectorial.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

### Indicador 6.6: Tasa registrada de incidencia de la malaria

Periodo	Tasa		
	Total	Varón	Mujer
2001	0.50	0.65	0.34
2002	0.50	0.65	0.34
2003	0.25	0.34	0.15
2004	0.12	0.17	0.07
2005	0.06	0.09	0.04
2006	0.14	0.18	0.09
2007	0.22	0.28	0.16
2008	0.05	0.07	0.04
2009	0.01	0.02	0.01
2010	0.00	0.01	0.00
2011	0.00	0.00	0.00

Fuente: SENEPA\_Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. 1990-2011

Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012



Fuente: SENEPA\_Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. 1990-2011.

Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Tasa de incidencia de tuberculosis**

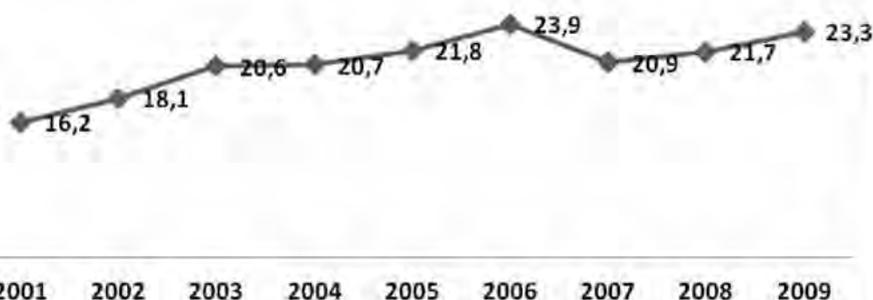
<b>ATRIBUTO</b> Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	<p>Número de casos nuevos confirmados de tuberculosis (todas las formas, Códigos A15 a A19 de CIE 10), por 100 mil habitantes, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.</p> <p>La definición de caso confirmado de Tuberculosis se basa en criterios adoptados por el Ministerio de Salud para orientar las acciones de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad en todo el país.</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Tasa de incidencia de tuberculosis por cada 100 mil habitantes. (TIT)</p> $TIT = \frac{nPTC}{PT} \times 100.000$ <p>Donde:</p> <p>nPTC: Número de personas con casos nuevos confirmados de tuberculosis (todas las formas) en la población.</p> <p>PT: Población total en un periodo determinado</p>
<b>Unidad de medida</b>	Por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	<p>Estima el riesgo de un individuo a desarrollar la tuberculosis en cualquiera de sus formas clínicas, en una determinada población, en un intervalo de tiempo determinado, y a la población expuesta al riesgo de adquirir la enfermedad.</p> <p>Indica la persistencia de factores favorables a la propagación del bacilo Mycobacterium Tuberculosis, que se transmite de un individuo a otro, principalmente a partir de las formas pulmonares de la enfermedad.</p> <p>Tasas elevadas de la incidencia de tuberculosis están generalmente asociadas a bajos niveles de desarrollo socio económico y a insatisfactorias condiciones de asistencia, diagnóstico y tratamiento de sintomáticos respiratorios. Otro factor a ser considerado es la baja cobertura de vacunación con la BCG.</p> <p>Puede presentar aumento de la morbilidad cuando hay asociación entre tuberculosis y la infección por el VIH.</p>

<b>Fuente</b>	Indicadores Básicos de Salud. DIGIES. MSPyBS 2000 a 2010
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria.
<b>Periodo disponible</b>	2001-2009
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones poblacionales, geográficas y temporales en la distribución de casos confirmados de tuberculosis, como parte del conjunto de acciones de la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad.</p> <p>Contribuir para la orientación y evaluación de acciones de control de la tuberculosis.</p> <p>Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas para el control de la tuberculosis en áreas y poblaciones de riesgo.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis (+) (Por 100.000 habitantes)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01 Concepción	122,7	22,4	28,3	23,3	14,8	31,1	35,8	34,7	27,3
02 San Pedro	24,2	16,4	21,9	17,5	17	33	23,9	15,9	20
03 Cordillera	8,9	19,9	24,7	27,3	18,8	25,8	24	23,3	23,4
04 Guairá	24,2	32,1	23,9	15,7	21,3	18,1	13,9	13,8	12,2
05 Caaguazú	16	10,5	13,6	16,7	15,1	17,4	14,5	12,4	16
06 Caazapá	12,6	31,1	31,5	10,8	20,7	26	18,6	10,6	19,2
07 Itapúa	14,5	15,1	15,4	15,7	16,2	20,4	19,5	17,4	20,4
08 Misiones	19,9	8,3	13,7	20	10,8	13,3	17,6	12,2	19
09 Paraguari	7,9	10,7	18,7	27,6	20,3	20,4	19,3	21,4	20,1
10 Alto Paraná	9,7	16	20,5	18,4	18,8	23,3	20,8	23,6	25,1
11 Central	11,8	12,7	14,4	14,7	16,1	15,9	15,7	18,3	17,6
12 Ñeembucú	11,7	8,7	12,4	6,1	7,3	8,5	9,7	15,6	20,4
13 Amambay	3,4	34,5	24,3	25,4	34,2	50,3	39,6	44,2	28,9
14 Canindeyú	21,4	22,7	18,9	27	44	25,7	19,2	26,8	20,1
15 Presidente Hayes	20	84	90,9	93,9	111,1	92,4	71,4	96,1	101,3
16 Boquerón	200,3	119,4	121,3	153,1	154,6	149,8	98,1	113,2	115,7
17 Alto Paraguay	60,4	41,4	90,8	59,5	196,4	240,7	77,8	102,6	52,6
18 Asunción	10,3	16,8	21,2	24,5	24,6	21	21,4	27	27,2
<b>Total</b>	<b>19,2</b>	<b>18,1</b>	<b>20,6</b>	<b>20,7</b>	<b>21,8</b>	<b>23,9</b>	<b>20,9</b>	<b>21,7</b>	<b>23,3</b>

Fuente: Indicadores Básicos de Salud, DIGIE, MSPyBS 2000 a 2010

**Gráfico: Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis (+)  
(Por 100.000 habitantes)**

Fuente: Indicadores Básicos de Salud, DIGIE, MSPyBS 2000 a 2010

**NOMBRE DEL INDICADOR****Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar BK (+) detectados y curados por Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)**

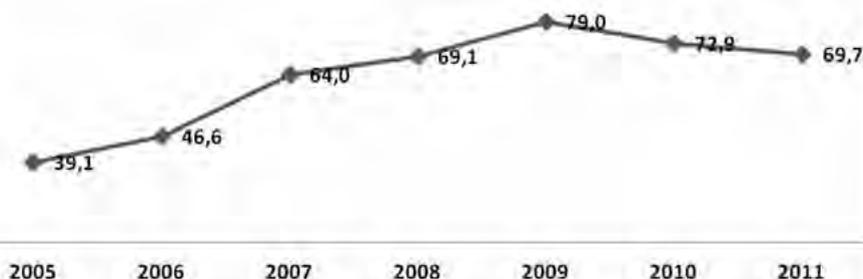
<b>ATRIBUTO</b> Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Proceso
<b>Definición</b>	Número de casos nuevos confirmados de tuberculosis pulmonar diagnosticados por bacteriología que ingresan a tratamiento que son clasificados al final del mismo con Éxito Terapéutico (curados o con término de tratamiento).
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar BK (+) detectados y curados por Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado TAES. (TBPC)</p> $TBPC = \frac{nPTAES}{TTBP} \times 100$ <p>Donde:  nPTAES: número de personas con casos nuevos de tuberculosis pulmonar que son clasificados al concluir su tratamiento como curados y con tratamiento terminado en un periodo determinado  TTBP: El total de casos nuevos de TBP con Bk+ que ingresaron a tratamiento en este periodo ponderado</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	La estrategia se denomina "Tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES)". En el Éxito Terapéutico se consideran los pacientes que curan o terminan su tratamiento de acuerdo al Plan mundial para detener la tuberculosis (INEGI/ACNUDH)
<b>Fuente</b>	Sub Sistema de Vigilancia de la Salud.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, región sanitaria, por sexo.
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas para el control de la tuberculosis en áreas y poblaciones de riesgo.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Proporción de casos de tuberculosis pulmonar (TBPBk+) detectados y curados**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01 Concepción	s/d	s/d	s/d	s/d	68.0	44.1	73.3	77.8	94.1	87.0	90.9
02 San Pedro	s/d	s/d	s/d	s/d	27.8	17.3	28.9	38.0	85.7	80.9	80.0
03 Cordillera	s/d	s/d	s/d	s/d	49.2	79.1	82.5	93.4	88.9	92.3	85.2
04 Guairá	s/d	s/d	s/d	s/d	45.7	61.3	56.0	73.1	96.0	91.2	91.9
05 Caaguazú	s/d	s/d	s/d	s/d	24.4	49.3	55.9	51.9	75.0	64.0	54.2
06 Caazapá	s/d	s/d	s/d	s/d	25.8	50.0	41.7	53.3	76.0	66.7	80.0
07 Itapúa	s/d	s/d	s/d	s/d	60.3	58.2	73.7	76.1	85.4	78.0	82.9
08 Misiones	s/d	s/d	s/d	s/d	25.0	53.8	63.2	57.1	66.7	75.0	91.3
09 Paraguari	s/d	s/d	s/d	s/d	40.6	35.6	71.4	73.3	88.2	66.7	90.0
10 Alto Paraná	s/d	s/d	s/d	s/d	20.5	33.5	57.0	82.9	79.9	60.5	62.3
11 Central	s/d	s/d	s/d	s/d	45.0	64.7	74.2	73.1	83.4	76.0	61.5
12 Neembucú	s/d	s/d	s/d	s/d	66.7	100.0	87.5	76.9	69.2	73.7	62.5
13 Amambay	s/d	s/d	s/d	s/d	64.3	69.2	78.8	85.7	85.2	87.3	97.8
14 Canindeyú	s/d	s/d	s/d	s/d	33.8	20.5	48.1	87.8	87.5	82.1	90.2
15 Presidente Hayes	s/d	s/d	s/d	s/d	64.7	50.0	66.7	63.2	88.7	92.5	84.0
16 Boquerón	s/d	s/d	s/d	s/d	72.0	72.7	79.7	85.7	88.7	73.0	63.0
17 Alto Paraguay	s/d	s/d	s/d	s/d	95.5	85.2	100.0	61.5	80.0	100.0	85.7
18 Asunción	s/d	s/d	s/d	s/d	19.6	25.9	52.3	59.4	58.2	54.4	54.0
<b>Total</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>s/d</b>	<b>39.1</b>	<b>46.6</b>	<b>64.0</b>	<b>69.1</b>	<b>79.0</b>	<b>72.9</b>	<b>69.7</b>

Fuente: Base de datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. MSPBS, 2012

**Gráfico: Proporción de casos de tuberculosis pulmonar (TBPBk+) detectados y curados**



Fuente: Base de datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. MSPBS, 2012

INDICADORES DEL  
ATRIBUTO:  
**ACCESIBILIDAD A  
CENTROS DE SALUD Y  
MEDICAMENTOS  
ESENCIALES /  
PREVENCIÓN,  
TRATAMIENTO  
Y CONTROL DE  
ENFERMEDADES**



INDICADORES DEL ATRIBUTO: ACCESIBILIDAD A CENROS DE SALUD Y MEDICAMENTOS  
ESENCIALES /// PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES

NOMBRE DEL INDICADOR	
Tasa de incidencia del VIH/SIDA por cada 100 mil habitantes	
ATRIBUTO	TIPO DE INDICADOR
Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	Resultado
<b>Definición</b>	Número de casos nuevos de personas de 15 a 19 años de edad diagnosticadas con VIH registrados en un año específico, expresado por 100 mil habitantes
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa de incidencia del VIH entre personas de 15 a 19 años de edad (TIVIH <sub>15 a 19 años de edad</sub> )  $TIVIH_{15 a 19 años de edad} = \frac{CNP_{15 a 19 años de edad}}{PT} \times 100.000$ <p>Donde:                      CNP<sub>grupo de edad</sub>*= Número de casos nuevos de personas de 15 a 19 años de edad diagnosticadas con VIH.                      PT: Población Total.                      * el grupo de edad podrá ser 15 a 19 años y otro grupo de edad de 20 a 24 años de edad</p>
<b>Unidad de medida</b>	Por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	Estándar internacional para salud y; sobre todo, de propagación de la enfermedad.
<b>Fuente</b>	Programa Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA - Dpto de Vigilancia. 1990-2011 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, Por sexo, por grupo de edad de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de la mortalidad por VIH/SIDA identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Proporcionar elementos para procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones destinadas a dimensionar la importancia del VIH/SIDA como problema de salud pública y a orientar medidas asistenciales específicas.</p> <p>Adoptar medidas para mejor aprovechamiento de las declaraciones de defunciones y el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.</p> <p>Contribuir al análisis epidemiológico y sanitario del grupo considerado</p> <p>Contribuir al seguimiento del Objetivo 6 de los ODM: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cruadro: Tasa de incidencia de VIH en personas de 20 a 24 años de edad (por 100.000 habitantes)**

<b>Periodo</b>	<b>Total</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
2001	12.37	12.23	12.51
2002	17.08	14.35	19.89
2003	17.57	15.11	20.11
2004	15.57	15.85	15.27
2005	14.50	12.90	16.16
2006	22.19	20.48	23.96
2007	18.30	14.57	22.17
2008	22.93	21.72	24.19
2009	25.91	24.96	26.90
2010	27.35	28.41	26.90
2011	33.40	39.44	26.88

**Fuente:** MSPyBS\_Programa Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA - Dpto de Vigilancia, 1990-2011 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo, Año 2012

**Cuadro: Tasa de incidencia de VIH en personas de 15 a 19 años de edad (por 100.000 habitantes)**

<b>Periodo</b>	<b>Total</b>	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
2001	3.28	2.25	4.34
2002	4.34	3.47	5.25
2003	3.97	4.67	3.24
2004	2.36	1.85	2.89
2005	2.34	1.22	3.50
2006	6.03	3.63	8.52
2007	5.68	3.31	8.16
2008	8.26	4.79	11.87
2009	8.99	6.27	11.83
2010	9.77	8.74	10.83
2011	11.75	11.55	11.94

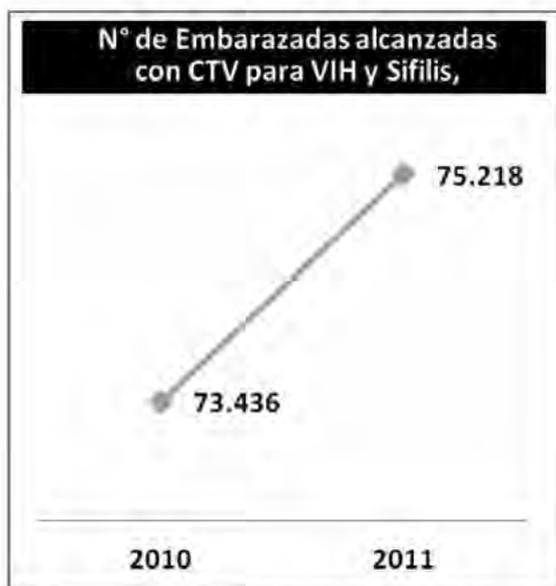
**Fuente:** MSPyBS\_ Programa Nacional de Control de ITS- VIH/SIDA - Dpto de Vigilancia. 1990-2011 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2012

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	
<b>Embarazadas alcanzadas con CTV para VIH y Sífilis</b>	
<b>ATRIBUTO</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>
<b>Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades</b>	Proceso
<b>Definición</b>	Numero de embarazadas que recibieron Consejería y Testeo Voluntario (CTV) para VIH y Sífilis
<b>Forma de cálculo</b>	Cantidad de mujeres embarazadas que recibieron consejería y testeo voluntario para VIH y Sífilis en los servicios de salud.
<b>Unidad de medida</b>	Cantidad de mujeres embarazadas
<b>Relevancia</b>	La política de consejería y testeo voluntario (CTV) obliga al ofrecimiento de la CTV a todas las embarazadas por los proveedores de salud en todos los servicios públicos.
<b>Fuente</b>	Dirección de Vigilancia Epidemiológica - PRONASIDA
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2010-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas dirigidas a la prevención del VIH y Sífilis.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: N° de Embarazadas alcanzadas con CTV para VIH y Sífilis, por Region Sanitaria**

REGIONES SANITARIAS	2010	2011
01 Concepción	2,445	2,722
02 San Pedro	1,935	2,905
03 Cordillera	3,495	3,067
04 Guairá	2,137	2,185
05 Caaguazú	4,861	4,316
06 Caazapá	2,188	2,337
07 Itapúa	5,689	6,588
08 Misiones	831	870
09 Paraguari	2,713	2,587
10 Alto Paraná	9,440	11,452
11 Central	19,016	19,775
12 Ñeembucú	797	789
13 Amambay	1,474	1,325
14 Canindeyú	893	848
15 Presidente Hayes	1,027	833
16 Boquerón	-	43
17 Alto Paraguay	172	225
18 Asunción	14,323	12,351
<b>Total</b>	<b>73,436</b>	<b>75,218</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica - PRONASIDA



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica - PRONASIDA

**NOMBRE DEL INDICADOR****Tasa de mortalidad por tuberculosis por cada 100 mil habitantes**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Proporción del número de defunciones por cualquier tipo de tuberculosis, ponderada por cada cien mil habitantes de 15 años o más de edad en un periodo determinado.
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa de mortalidad por tuberculosis por cada 100 mil habitantes (TMT) $TMT = \frac{nTMT}{PT} \times 100.000$ Donde: nTMT: número total de defunciones por cualquier tipo de tuberculosis en población de 15 años o más la población. PT: total de la población de 15 años y más.
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100 mil habitantes.
<b>Relevancia</b>	Estima el riesgo de muerte de un individuo por consecuencia de la tuberculosis.
<b>Fuente</b>	Dirección General de Vigilancia de La Salud Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones poblacionales, geográficas y temporales en la distribución de casos confirmados de tuberculosis, como parte del conjunto de acciones de la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad. Contribuir para la orientación y evaluación de acciones de control de la tuberculosis. Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones de salud dirigidas para el control de la tuberculosis en áreas y poblaciones de riesgo.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de mortalidad por Tuberculosis (A15-A19), por 100.000 habitantes**

REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	2.13	6.37	6.34	6.32	3.16	3.68	2.63	3.15
02 San Pedro	3.26	3.82	4.37	4.33	1.43	2.28	2.55	2.25
03 Cordillera	2.81	5.14	5.07	2.31	1.90	2.62	1.11	3.65
04 Guairá	3.71	3.16	6.80	3.64	1.55	1.54	1.02	2.55
05 Caaguazú	1.52	1.73	1.50	2.55	2.75	1.48	2.10	2.93
06 Caazapá	4.08	1.35	2.69	1.34	1.34	0.00	1.33	3.98
07 Itapúa	2.69	3.46	3.21	1.58	1.57	2.71	1.72	2.46
08 Misiones	0.93	0.92	7.26	3.59	3.55	2.64	5.23	5.18
09 Paraguari	1.28	3.41	4.66	3.38	3.79	4.20	4.19	2.51
10 Alto Paraná	2.26	3.93	1.38	3.43	2.91	4.83	2.36	2.31
11 Central	1.24	1.88	1.93	1.22	1.23	1.29	1.35	1.85
12 Ñeembucú	3.70	2.45	2.43	0.00	0.00	2.40	2.40	3.58
13 Amambay	6.65	6.61	6.56	6.51	1.62	4.84	6.43	5.61
14 Canindeyú	0.66	1.93	1.88	5.50	1.79	1.17	1.71	3.34
15 Presidente Hayes	11.25	7.71	12.95	9.52	3.11	3.06	11.01	12.79
16 Boquerón	4.41	0.00	4.14	2.01	0.00	5.66	0.00	3.56
17 Alto Paraguay	42.18	42.35	68.04	68.33	51.57	86.50	17.41	35.05
18 Asunción	3.52	4.05	2.15	2.36	3.47	3.66	2.12	2.70

Fuente: IBS Departamento de Bioestadística, MSPyBS, 2000 - 20012

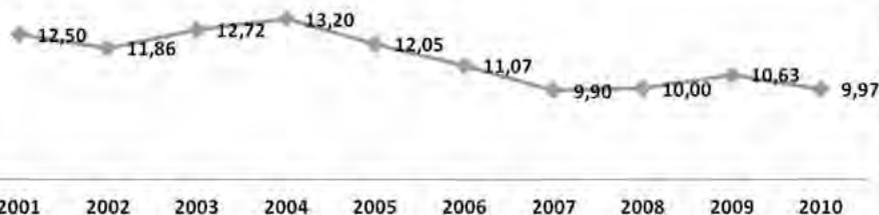
**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Tasa de mortalidad por homicidio**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Número de defunciones por causas de violencia, en particular por homicidios por 100 mil habitantes, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.  Causas externas de muerte: homicidios (X85-Y09)
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa de mortalidad por homicidio (TMH)  $TMH = \frac{nMH}{PT} \times 100.000$ Donde: nMH: número de muertes por homicidio que fueron registrados en un periodo determinado. PT: Población total en un periodo determinado
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	Estima el riesgo de muerte por causas violentas, en particular por homicidio.  Variaciones de las tasas de mortalidad específica puede también estar asociadas a la calidad de la asistencia médica disponible.
<b>Fuente</b>	DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria.
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2010
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales de mortalidad específica por causas de homicidios, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.  Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones preventivas y asistenciales relativas a la mortalidad asociada a causas de muerte por homicidios.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de defunciones por homicidios (CIE-10 X85-Y09)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	21.36	18.63	25.46	24.32	16.86	14.75	19.47	22.08	23.12	18.38
02 San Pedro	11.65	10.95	17.02	25.90	21.06	12.62	11.12	10.77	12.39	9.52
03 Cordillera	9.36	5.61	7.51	10.91	7.30	6.83	3.37	5.92	2.19	4.69
04 Gualará	5.88	7.96	12.64	8.37	9.35	6.20	11.32	12.29	7.14	5.08
05 Caaguazú	12.93	9.14	8.64	13.29	12.77	8.68	6.11	5.25	5.85	5.41
06 Caazapá	24.58	21.06	13.52	22.20	26.77	22.70	14.65	13.95	14.58	13.88
07 Itapúa	14.26	9.71	12.63	13.26	9.91	11.16	6.58	8.79	7.37	4.67
08 Misiones	9.41	5.58	5.51	4.54	4.49	3.55	1.76	4.36	2.59	3.42
09 Paraguari	6.45	12.83	11.07	11.02	8.86	7.58	5.04	2.93	3.76	4.17
10 Alto Paraná	23.25	22.61	20.91	17.30	20.30	22.42	19.33	22.35	19.54	18.84
11 Central	5.22	6.63	6.81	4.94	4.59	4.30	4.30	2.80	5.20	5.42
12 Ñeembucú	4.99	7.44	6.16	11.02	3.65	8.48	8.45	3.61	10.78	2.39
13 Amambay	47.76	35.77	38.81	38.53	52.09	60.79	58.94	60.31	48.06	59.84
14 Canindeyú	18.33	19.16	17.37	12.54	22.00	19.09	18.64	21.07	34.51	39.75
15 Presidente Hayes	9.19	10.12	14.32	12.95	6.35	13.50	10.19	10.01	22.63	11.60
16 Boquerón	2.28	8.82	14.95	8.28	0.00	0.00	7.55	9.16	3.56	1.73
17 Alto Paraguáay	25.20	8.44	16.94	17.01	25.62	51.57	17.30	52.23	70.10	44.10
18 Asunción	10.30	12.02	13.54	18.33	11.35	7.12	9.83	6.94	8.29	5.98
<b>Total</b>	<b>12.50</b>	<b>11.86</b>	<b>12.72</b>	<b>13.20</b>	<b>12.05</b>	<b>11.07</b>	<b>9.90</b>	<b>10.00</b>	<b>10.63</b>	<b>9.97</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística, DIGIES. MSPyBS, 2012

**Gráfico: Tasa de defunciones por homicidios (CIE-10 X85-Y09)**

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística, DIGIES. MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Tasa de mortalidad por diabetes mellitus**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Riesgo de morir a causa de diabetes mellitus, en una población y en un periodo determinado.
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (TMDM) $TMDM = \frac{nMDM}{PT} \times 100.000$ Donde: nMDM: número de la población fallecida a causa de diabetes mellitus PT: total de la población expuesta.
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	El indicador mide o reporta como una tasa que indica el número de defunciones por diabetes mellitus por cada 100 mil habitantes en una población y un periodo determinados. (INEGI/ACNUDH)
<b>Fuente</b>	DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, región sanitaria, por sexo
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones preventivas y asistenciales relativas a la mortalidad asociada a causas de diabetes mellitus.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de defunciones por diabetes mellitus (E10-E14)**

REGIONES SANITARIAS	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
01 Concepción	11.71	14.85	17.98	12.65	17.38	22.10	15.25	15.76	15.75
02 San Pedro	7.99	10.57	12.51	13.56	14.63	10.55	15.87	15.49	17.35
03 Cordillera	22.86	33.20	27.28	38.42	32.63	37.46	34.78	30.34	27.80
04 Guairá	24.40	26.34	26.15	33.24	37.74	37.05	41.49	24.98	27.91
05 Caaguazú	15.88	16.19	22.08	22.13	20.97	22.35	31.90	20.06	30.99
06 Caazapá	11.55	10.14	11.44	18.74	17.36	17.32	17.94	19.22	17.85
07 Itapúa	20.87	18.95	20.29	20.21	18.01	18.95	20.83	13.41	13.26
08 Misiones	17.66	22.96	24.51	34.10	20.44	30.80	17.43	20.72	36.77
09 Paraguari	27.38	24.27	29.68	28.28	29.48	34.03	38.99	30.12	37.98
10 Alto Paraná	13.73	15.56	21.59	19.85	19.66	21.61	21.10	20.76	22.95
11 Central	18.79	19.76	23.66	24.55	24.61	25.79	24.25	27.16	29.25
12 Ñeembucú	24.65	20.82	20.88	26.66	16.90	37.27	27.54	13.12	22.63
13 Amambay	14.97	9.91	19.67	19.53	17.02	20.99	20.91	25.63	29.52
14 Canindeyú	5.29	3.86	8.15	3.67	5.37	6.99	9.11	9.46	9.80
15 Presidente Hayes	4.50	8.81	12.95	10.58	18.69	17.33	14.02	12.79	16.44
16 Boquerón	0.00	2.14	6.21	2.01	0.00	1.89	1.83	7.12	0.00
17 Alto Paraguay	8.44	16.94	8.51	34.16	34.38	34.60	52.23	52.57	35.28
18 Asunción	44.72	52.46	48.74	58.64	56.61	52.79	51.47	54.00	60.40

Fuente: DIGES

**NOMBRE DEL INDICADOR****Mortalidad proporcional por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años de edad**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	<p>Porcentaje de defunciones de menores de 5 años de edad por infección respiratoria aguda (IRA), en relación al total de muertes de menores de 5 años de edad por causas definidas, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.</p> <p>Las IRA son clasificadas en los códigos (J00-J22) CIE10*</p> <p>*La información publicada por DIGIES desde el 2000 corresponde específicamente para los códigos (J10.0; J11.0; J12-J16; J18) CIE10.</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Mortalidad proporcional por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años de edad (TMIRA&lt;5)</p> $TMIRA < 5 = \frac{nMIRA < 5}{PT < 5} \times 100$ <p>Donde:</p> <p>nMIRA&lt;5: Número de defunciones de menores de 5 años por IRA</p> <p>PT&lt;5: Número total de defunciones de menores de 5 años.</p>
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Relevancia</b>	<p>Evalúa la participación relativa de las defunciones atribuidas a infección respiratoria aguda en la mortalidad del menor de 5 años.</p> <p>Los Porcentajes elevados indican las condiciones socioeconómicas insatisfactorias y de insuficiente cobertura.</p> <p>Por otra parte, está relacionada con la insuficiente calidad de la utilización de los procedimientos básicos de atención a la salud del niño, como también influyen los factores climáticos que favorecen la ocurrencia de dificultades respiratorias.</p>

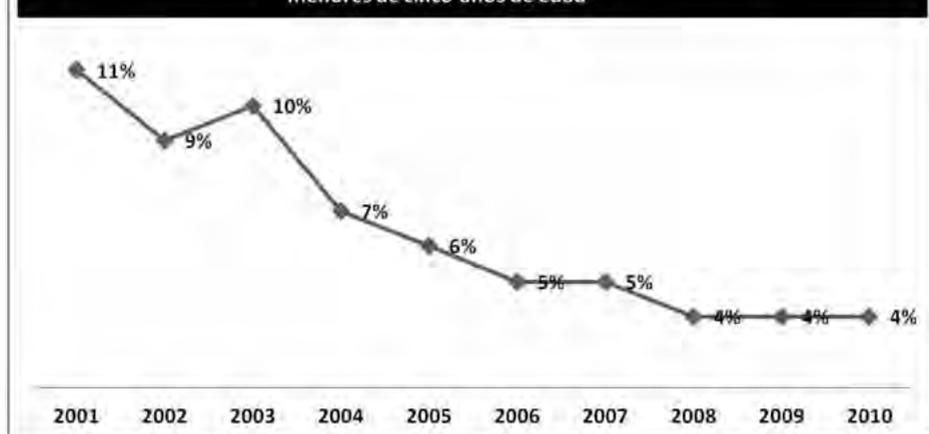
<b>Fuente</b>	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, por región sanitaria, por sexo.  Se dispone el dato procesado para neumonía e influenza, específicamente CIE-10 J10.0; J11.0; J12-J16; J18.
<b>Periodo disponible</b>	2001 - 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de mortalidad de menores de 5 años de edad por infección respiratoria aguda, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Contribuir para la evaluación de las condiciones de prestación de servicios de salud y respaldar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas públicas, en vista a la adopción de medidas para mejorar la calidad de la atención básica de salud.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Porcentaje de muertes por neumonía e influenza sobre el total de muertes en menores de cinco años de edad (CIE-10 J10.0; J11.0; J12-J16; J18)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009	2009	2010
01 Concepción	15%	16%	7%	16%	8%	7%	3%	3%	4%	4%
02 San Pedro	16%	5%	19%	7%	8%	2%	11%	4%	2%	4%
03 Cordillera	12%	7%	9%	3%	3%	5%	3%	7%	4%	5%
04 Guairá	8%	1%	6%	4%	7%	5%	3%	3%	0%	2%
05 Caaguazú	21%	15%	10%	7%	6%	3%	7%	7%	4%	8%
06 Caazapá	17%	12%	7%	4%	6%	3%	9%	7%	2%	2%
07 Itapúa	7%	10%	9%	9%	6%	7%	11%	4%	3%	4%
08 Misiones	10%	9%	12%	9%	13%	3%	0%	0%	3%	6%
09 Paraguari	13%	20%	9%	5%	7%	2%	3%	3%	2%	2%
10 Alto Paraná	15%	10%	16%	12%	5%	4%	5%	5%	6%	5%
11 Central	6%	4%	7%	3%	5%	5%	0%	3%	3%	2%
12 Ñeembucú	8%	0%	13%	0%	5%	0%	5%	6%	0%	0%
13 Amambay	11%	15%	8%	13%	5%	0%	3%	4%	6%	5%
14 Canindeyú	15%	15%	15%	5%	11%	11%	7%	3%	4%	5%
15 Presidente Hayes	7%	23%	14%	14%	10%	7%	6%	2%	6%	9%
16 Boquerón	27%	43%	20%	33%	0%	0%	33%	0%	38%	0%
17 Alto Paraguay	31%	6%	29%	17%	6%	9%	16%	10%	12%	11%
18 Asunción	5%	3%	3%	2%	3%	2%	3%	3%	3%	3%
<b>Total</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012

**Gráfico: Tasa de muertes por neumonía sobre el total de muertes en menores de cinco años de edad**



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Departamento de Información Bioestadística-DIGIES-MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR****Tasa de mortalidad por accidentes de transporte**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	<p>Número de defunciones por causas de accidentes de transporte por 100 mil habitantes, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado.</p> <p>Causas externas de muerte: accidente de transporte (V01-V99);</p>
<b>Forma de cálculo</b>	<p>Tasa de mortalidad por accidentes de transporte (TMAT)</p> $TMAT = \frac{nMAT}{PT} \times 100.000$ <p>Donde:</p> <p>nMAT: número de muertes por accidentes de transporte que fueron registrados en un periodo determinado.</p> <p>PT: Población total en un periodo determinado.</p> <p>Accidente de Transporte Terrestre (V01-V89) incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Peatón lesionado en accidente de transporte (V01-V09)</li> <li>2- Ciclista lesionado en accidente de transporte (V10-V19)</li> <li>3- Motociclista lesionado en accidente de transporte (V20-V29)</li> <li>4. Ocupante       <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1- Ocupante de vehículo motor de tres ruedas lesionado en accidente de transporte (V30-V39)</li> <li>4.2- Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte. (V40-V49)</li> <li>4.3- Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte.(V50-V59)</li> <li>4.4- Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte. (V60-V69)</li> <li>4.5- Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte.(V70-V79)</li> </ol> </li> <li>5- Otros accidentes de transporte terrestre.(V80-V89)</li> </ol> <p>LOS DATOS CORRESPONDEN AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO/A</p>
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	<p>Estima el riesgo de muerte por causas de accidentes de transporte.</p> <p>Variaciones de las tasas de mortalidad específica puede también estar asociadas a la calidad de la asistencia médica disponible.</p>

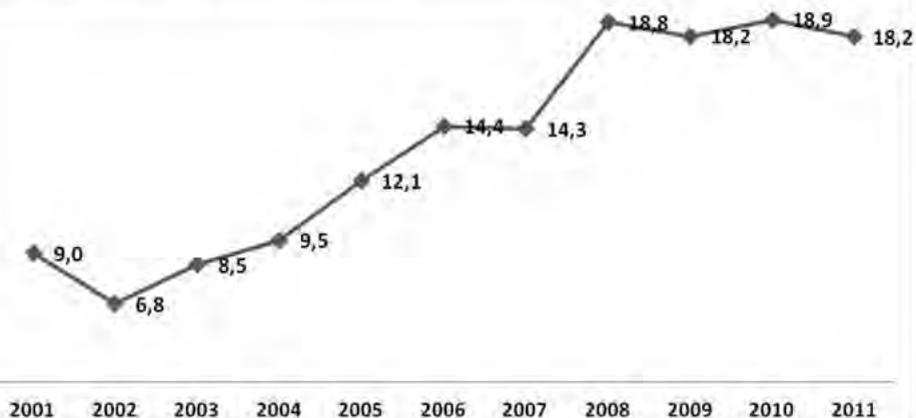
<b>Fuente</b>	Sub-sistema de Información de las Estadísticas Vitales.
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total país. Región sanitaria
<b>Periodo disponible</b>	2001 al 2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	<p>Analizar variaciones geográficas y temporales de mortalidad específica por causas de accidentes de transporte, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.</p> <p>Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones preventivas y asistenciales relativas a la morbi -mortalidad asociada a causas de muerte por accidente de transporte.</p>
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**Cuadro: Tasa de defunciones debidas a accidentes de transporte terrestre (accid. De tránsito)**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
01 Concepción	10.7	8.5	11.1	12.2	19.5	18.4	18.4	27.3	31.5	33.6	27.9
02 San Pedro	3.3	4.1	4.7	10.5	15.6	19.8	16.8	25.8	23.7	20.4	19.8
03 Cordillera	13.8	10.4	6.3	11.3	14.6	15.2	20.6	17.0	18.3	17.3	18.6
04 Guairá	6.9	3.2	7.9	5.2	9.9	8.8	13.4	19.0	17.8	21.3	18.7
05 Caaguazú	11.8	9.4	14.5	11.8	16.6	15.3	19.8	24.3	18.0	21.2	21.8
06 Caazapa	1.4	0.7	0.0	3.4	6.0	8.0	6.7	12.0	5.3	9.3	8.6
07 Itapúa	9.4	4.5	5.9	9.4	14.1	15.9	14.9	21.2	17.0	14.6	15.5
08 Misiones	16.0	11.2	11.0	10.0	9.9	17.8	24.6	31.4	25.0	29.9	33.1
09 Paraguari	10.3	5.6	7.2	11.4	5.9	13.5	13.4	13.8	15.1	18.4	15.0
10 Alto Paraná	13.5	11.5	16.2	11.9	19.6	26.4	24.2	34.0	27.8	23.2	23.9
11 Central	7.9	4.7	5.1	6.4	6.6	8.0	7.0	9.0	12.7	14.2	13.7
12 Neembucú	3.7	5.0	2.5	6.1	9.7	12.1	3.6	9.6	7.2	8.3	9.5
13 Amambay	12.6	5.0	4.1	9.0	13.0	9.7	12.9	20.9	28.8	33.5	23.1
14 Canindeyú	4.8	7.9	10.9	13.2	14.7	20.3	21.6	25.6	17.8	22.9	27.2
15 Presidente Hayes	8.0	9.0	8.8	19.4	16.9	19.7	19.4	23.0	33.4	36.7	35.2
16 Boquerón	0.0	22.1	21.4	18.6	4.0	29.2	17.0	34.8	26.7	43.3	32.0
17 Alto Paraguay	0.0	25.3	16.9	0.0	0.0	17.2	8.6	34.8	8.8	44.1	35.6
18 Asunción	7.8	7.2	11.2	11.4	13.3	13.3	13.9	17.0	18.3	18.1	15.1
<b>Total</b>	<b>9.0</b>	<b>6.8</b>	<b>8.5</b>	<b>9.5</b>	<b>12.1</b>	<b>14.4</b>	<b>14.3</b>	<b>18.8</b>	<b>18.2</b>	<b>18.9</b>	<b>18.2</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES. MSPyBS, 2012. (\*) Cifras Provisorias sujetos a modificación fecha: 26 de Octubre del 2012

Gráfico: Tasa de defunciones debidas a accidentes de transporte terrestre



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística.  
DIGIES. MSPyBS, 2012

**NOMBRE DEL INDICADOR**  
**Tasa de mortalidad por suicidio**

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Número de defunciones por causas de suicidio por 100 mil habitantes, en la población residente en determinado espacio geográfico, en un año considerado. Causas externas de muerte: suicidios (X60-X84);
<b>Forma de cálculo</b>	Tasa de mortalidad por suicidio (TMS) $TMS = \frac{nMS}{PT} \times 100.000$ Donde: nMS: número de muertes por suicidio que fueron registrados en un periodo determinado. PT: Población total en un periodo determinado.
<b>Unidad de medida</b>	Muertes por 100 mil habitantes
<b>Relevancia</b>	Estima el riesgo de muerte por causas violentas, en particular por el suicidio.  Variaciones de las tasas de mortalidad específica puede también estar asociadas a la calidad de la asistencia médica disponible.
<b>Fuente</b>	DIGIES
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Total País, región sanitaria, por sexo,
<b>Periodo disponible</b>	2001-2011
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales de mortalidad específica por causas de suicidio, identificando tendencias y situaciones de desigualdad que puedan demandar la realización de estudios especiales.  Apoyar procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas y acciones preventivas y asistenciales relativas a la morbi-mortalidad asociada a causas de muerte por suicidio.
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

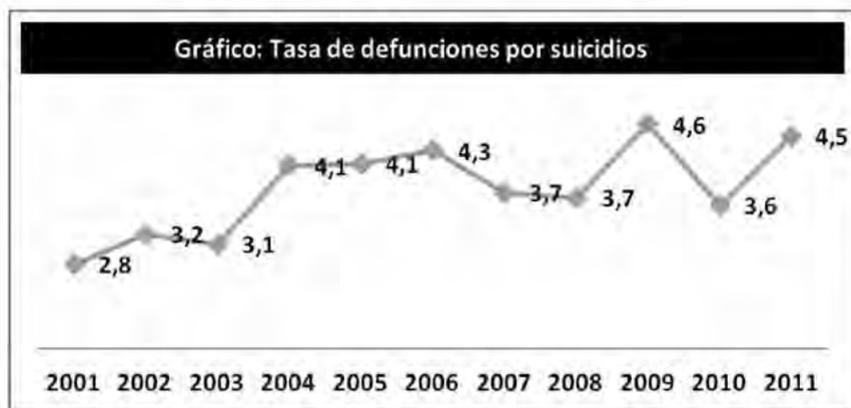
**Cuadro: Tasa de defunciones por suicidios**

REGIONES SANITARIAS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
01 Concepción	4,3	5,3	5,3	4,2	2,6	3,7	4,2	4,7	7,4	4,2	5,3
02 San Pedro	2,1	1,8	2,1	7,0	4,9	6,6	3,1	3,4	1,7	3,1	2,8
03 Cordillera	2,8	2,4	3,2	2,7	2,7	4,2	6,7	4,4	4,4	2,2	0,7
04 Guairá	2,1	5,3	3,2	5,2	4,7	6,2	6,2	4,1	3,6	4,6	4,6
05 Caaguazú	2,8	3,5	3,0	5,8	6,6	4,4	4,8	3,1	2,9	4,2	3,7
06 Caazapá	4,1	2,7	2,7	5,4	4,0	5,3	2,7	2,7	6,6	3,3	5,9
07 Itapúa	3,4	4,8	3,5	4,8	6,7	5,7	5,4	3,8	4,9	2,1	2,6
08 Misiones	3,8	7,4	7,3	5,4	6,3	8,0	4,4	7,0	4,3	4,3	10,2
09 Paraguari	3,0	4,3	3,4	4,2	5,5	2,9	4,2	4,6	3,8	1,3	3,3
10 Alto Paraná	3,8	2,9	3,3	4,1	4,6	6,4	3,4	4,6	4,9	3,6	3,6
11 Central	1,6	2,2	1,7	2,0	1,8	2,2	2,1	1,7	3,8	3,4	4,3
12 Ñeembucú	1,2	5,0	8,6	13,5	4,9	3,6	6,0	12,0	8,4	4,8	9,5
13 Amambay	4,2	3,3	0,8	8,2	13,0	6,5	4,8	5,6	10,4	6,4	4,0
14 Canindeyú	3,4	3,3	1,3	2,5	4,3	2,4	2,3	6,3	3,3	4,9	4,3
15 Presidente Hayes	3,4	2,2	3,3	1,1	2,1	2,1	4,1	3,0	7,9	1,9	11,4
16 Boquerón	0,0	4,4	6,4	2,1	2,0	3,9	1,9	7,3	7,1	5,2	5,0
17 Alto Paraguay	8,4	8,4	8,5	0,0	0,0	0,0	8,6	17,4	26,3	8,8	8,9
18 Asunción	3,5	2,9	5,0	4,8	4,2	5,2	4,8	5,2	7,1	5,0	8,7
<b>Total</b>	<b>2,8</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>4,6</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>

Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES. MSPyBS, 2012.

(\*) Cifras Provisionas sujetos a modificación fecha: 26 de Octubre del 2012.

Código de la Clasificación Estadística Internacional y problemas relacionados a la salud CIE/10: (X60.X84)



Fuente: Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES. MSPyBS, 2012.

**NOMBRE DEL INDICADOR**

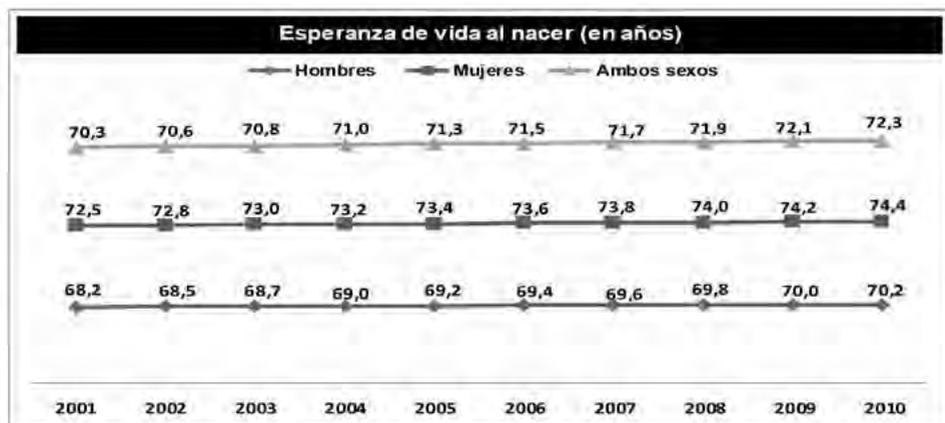
Esperanza de vida al nacer

<b>ATRIBUTO</b> Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales /// Prevención, tratamiento y control de enfermedades	<b>TIPO DE INDICADOR</b> Resultado
<b>Definición</b>	Es el promedio de años que se espera que viva un recién nacido si se mantiene el padrón de mortalidad existente, en la población residente en determinado espacio geográfico en el año considerado.
<b>Forma de cálculo</b>	A partir de las tablas de vida elaboradas para cada área geográfica, se toma el número correspondiente a una generación inicial de nacimientos (I0) y se determina el tiempo acumulativo vivido por esa misma generación (T0) hasta la edad límite. La esperanza de vida al nacer es el cociente de la división entre T0 por I0. (IBS/MSPyBS)
<b>Unidad de medida</b>	Años
<b>Relevancia</b>	Expresa la probabilidad de tiempo de vida media de la población. Representa una medida sintética de la mortalidad, no estando afectada por los efectos de la estructura etaria de la población, como acontece con la tasa bruta de mortalidad. El aumento de la esperanza de vida al nacer sugiere mejoría de las condiciones de vida y de salud de la población.
<b>Fuente</b>	Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Secretaría Técnica de Planificación: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Estimaciones demográficas, Proyecciones de población
<b>Desagregación deseada</b>	Total País, región sanitaria, distrito Área Urbano, rural, Por sexo, Nivel socioeconómico, Idioma Hablado en el hogar, discapacidad, etnia.
<b>Desagregación disponible</b>	Nacional
<b>Periodo disponible</b>	Total país: Periodo 1950-2050. Total país por área: Periodo 2000-2030
<b>Periodicidad de la actualización</b>	Anual
<b>Contexto en el que puede ser utilizado</b>	Analizar variaciones geográficas y temporales en la expectativa de vida de la población. Contribuir para la evaluación de los niveles de vida y de salud de la población. Apoyar los procesos de planeamiento, gestión y evaluación de políticas de salud y previsión social, entre otras relacionadas con el aumento de la expectativa de vida al nacer (oferta de servicios, actualización de metas, cálculos actuariales).
<b>Institución que genera y publica la fuente</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

**Cuadro: Esperanza de vida al nacer (en años)**

Áreas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres	68,2	68,5	68,7	69,0	69,2	69,4	69,6	69,8	70,0	70,2	-	-
Mujeres	72,5	72,8	73,0	73,2	73,4	73,6	73,8	74,0	74,2	74,4	-	-
Ambos sexos	70,3	70,6	70,8	71,0	71,3	71,5	71,7	71,9	72,1	72,3	-	-

Fuente: FUENTE: Departamento de Bioestadística, en base a PARAGUAY. ESTIMACION Y PROYECCION DE LA POBLACION POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. PERIODO 1950 - 2050 DGEEC





*MATRIZ DE INDICADORES*  
**DE DERECHOS  
HUMANOS  
DE LA SALUD**



**MATRIZ DE INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS DE LA SALUD****Indicadores de Proceso y Resultado\***

<b>Indicadores transversales a todos los atributos</b>	
1. Gasto público en salud	CP
2. Gasto público en salud per capita	CP
3. Gasto público en la salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)	CP
4. Gasto público en salud con respecto al gasto público social	MP
5. Recursos financieros de cooperación externa orientado al sector salud	CP
6. Cantidad de quejas recibida sobre vulneración del derecho a la salud en los servicios de salud	LP
7. Cantidad de denuncias recibidas sobre vulneración del derecho a la salud en los servicios privados	LP
8. Cantidad de quejas recibida sobre vulneración del derecho a la salud en las ONG y otras organizaciones vinculadas al sector salud	LP
<b>Indicadores del Atributo: Salud Sexual y Reproductiva</b>	
9. Porcentaje de parto institucional registrado	CP
10. Porcentaje de nacimientos asistidos por profesional calificado	CP
11. Porcentaje estimado de nacidos vivos cuyas madres han tenido al menos cuatro consulta de control prenatal	CP
12. Porcentaje de embarazadas con atención prenatal	MP
13. Porcentaje de mujeres gestantes en situación de privación de libertad en centros penitenciario que han accedido a controles prenatales mensuales	LP
14. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 44 años de edad	CP
15. Cantidad de servicios de salud público que cuentan con los cuatro métodos anticonceptivos a más del anticonceptivo de emergencia.	MP
16. Porcentaje de mujeres víctimas de violencia sexual que accedieron a anticonceptivos de emergencia	MP
17. Porcentaje de mujeres de 15 a 44 años de edad con demanda satisfecha de uso de anticonceptivos	MP
18. Porcentaje de niños nacidos de mujeres de 10 a 19 años de edad	CP
19. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	CP
20. Porcentaje de personas que han denunciado hechos punibles contra la autonomía sexual	MP
21. Porcentaje de personas que han denunciado hechos punibles de violencia intrafamiliar	MP
22. Número de atenciones post abortos realizadas en establecimientos públicos	CP

23. Año protección pareja	CP
24. Razón de mortalidad materna registrada	CP
25. Tasa de defunción de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres	CP
26. Tasa de defunción de mujeres de 25 a 49 años de edad por cáncer de mama por cada 100 mil mujeres	CP
<b>Indicadores del Atributo: Salud Infantil</b>	
27. Porcentaje de lactancia exclusiva de niños y niñas de 0 a 6 meses de edad	MP
28. Porcentaje de lactancia exclusiva registrada de niños y niñas de 0 a 6 meses de edad	MP
29. Cobertura de vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año de edad	CP
30. Cobertura de vacunación con OPV3 en niños y niñas menores de 1 año de edad	CP
31. Cobertura de vacunación con PENTA3 en niños y niñas menores de 1 año de edad	CP
32. Cobertura de vacunación con SPR en niños y niñas menores de 1 año de edad	CP
33. Porcentaje de esquema completo de vacunación en niños y niñas de 12 a 23 meses de edad	MP
34. Porcentaje de esquema completo de vacunación en niños y niñas de 4 años de edad	MP
35. Porcentaje de municipios que alcanzan cobertura óptima de vacunación	CP
36. Tasa registrada de mortalidad infantil	CP
37. Tasa estimada de mortalidad infantil	CP
38. Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad	CP
39. Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global	CP
40. Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición crónica	CP
41. Porcentaje registrado de niños y niñas menores de 5 años de edad con riesgo desnutrición global	CP
42. Porcentaje de mujeres embarazadas con bajo peso	CP
<b>Indicadores del Atributo: Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales</b>	
43. Médicos/as por cada 10 mil habitantes	CP
44. Número de establecimientos de salud por 10 mil habitantes.	MP
45. Porcentaje de población con seguro médico	CP
46. Camas por cada mil habitantes	CP
47. Porcentaje del gasto público en medicamentos esenciales	MP
48. Porcentaje de recetas dispensadas	MP
49. Porcentaje de desabastecimiento de medicamentos e insumos anticonceptivos	MP
<b>Indicadores del Atributo: Entorno natural y trabajo</b>	
50. Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable)	CP
51. Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado	CP

52. Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada	CP
53. Defunciones por riesgo de trabajo por cada 100 mil habitantes	LP
<b>Indicadores del Atributo: Prevención, tratamiento y control de enfermedades</b>	
54. Porcentaje de población cubierta por programas de concientización sobre la transmisión de enfermedades.	LP
55. Tasa registrada de incidencia de la malaria por cada mil habitantes	CP
56. Tasa de incidencia de tuberculosis	CP
57. Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar BK (+) detectados y curados por Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)	CP
58. Tasas de profesionales de salud mental por 10 mil habitantes	MP
<b>Indicadores del Atributo: Accesibilidad a centros de salud y medicamentos esenciales //// Prevención, tratamiento y control de enfermedades</b>	
59. Tasa de incidencia del VIH	CP
60. Tasa de defunciones de VIH/SIDA por cada 100.000 habitantes	MP
61. Número de embarazadas alcanzadas con CTV para VIH y sífilis	CP
62. Tasa de mortalidad por tuberculosis por cada 100 mil habitantes	CP
63. Prevalencia de adicciones	LP
64. Tasa de mortalidad por homicidio	CP
65. Porcentaje de muertes por homicidio doloso certificado por médico	MP
66. Porcentaje de muertes por homicidio doloso en el hogar	MP
67. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	MP
68. Mortalidad proporcional por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años de edad	MP
69. Tasa de mortalidad por accidentes de transporte	CP
70. Tasa de mortalidad por suicidio.	CP
71. Esperanza de vida al nacer	CP

**Referencia:**

CP: corto plazo                      MP: mediano plazo                      LP: largo plazo

\* Es importante mencionar que las desagregaciones no logradas son comprometidas a mediano y largo plazo.



Naciones Unidas  
**Derechos Humanos**  
Paraguay

**dgeec**  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE ESTADÍSTICA,  
ENCUESTAS Y CENSOS  
PARAGUAY

---

**Red de Derechos  
Humanos del Poder  
Ejecutivo**

---