



**D** | **DGVS** | *Paraguay* | **DE**  
**VIGILANCIA DE LA SALUD**

*Paraguay*

**2014**

## CONTENIDO

<b>DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD .....</b>	<b>3</b>
<b>DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES .....</b>	<b>3</b>
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS.....	9
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ZONOSIS Y CENTRO ANTIRRÁBICO NACIONAL .....	1
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL SIDA E ITS .....	10
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LEPROA.....	15
PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES .....	25
<b>DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....</b>	<b>28</b>
PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES .....	1
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR.....	3
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABAQUISMO .....	19
<b>INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA ANUAL DE INSPECCIONES A LAS INSTALACIONES RADIATIVAS .....</b>	<b>25</b>
<b>SECRETARÍA EJECUTIVA DEL MECANISMO COORDINACIÓN PAÍS.....</b>	<b>37</b>
<b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO .....</b>	<b>43</b>
<b>CENTRO NACIONAL DE ENLACE.....</b>	<b>59</b>

## DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

### 1. Introducción

La Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) es la institución encargada de procesos de vigilancia, control e investigación, así como del monitoreo y evaluación de programas de salud pública relacionados a enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Es un ente técnico-normativo que no ofrece servicios directos a la ciudadanía, sin embargo las recomendaciones que genera, producto de la vigilancia, se traducen en intervenciones que se aplican en la comunidad o en las redes de servicios beneficiando directamente a los usuarios de todos los sistemas de Salud. La actual estructura interna fue aprobada en 1999 a través de la Resolución 613/99, para reemplazar a la anterior Dirección General de Epidemiología creada en 1993.

Las dependencias que dependen orgánicamente de la DGVS son las siguientes:

- 1) **Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (DIVET).** Realiza el monitoreo y la evaluación de los siguientes programas:
  - a) Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT)
  - b) Programa Nacional de Control de SIDA y otras ITS
  - c) Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional
  - d) Programa Nacional de Control de Infecciones Intra Hospitalarias.
  - e) Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL)
  - f) Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- 2) **Dirección de Vigilancia de Enfermedades No transmisibles (DVENT).** Realiza el monitoreo y la evaluación de los siguientes programas:
  - a) Programa Nacional de Control del Tabaquismo
  - b) Programa Nacional de Prevención Cardiovascular
  - c) Programa Nacional de Control de la Diabetes
  - d) Programa Nacional de Accidentes y Lesiones de Causa Externa
- 3) **Dirección de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos y Pasos de Frontera Terrestre.** Aplica el Reglamento Sanitario Internacional para puntos de entrada al país.
- 4) **Unidades Especiales**
  - a) Centro Nacional de Enlace-RSI
  - b) Equipo de Operaciones de campo
  - c) Monitoreo y Evaluación
  - d) Comunicación
  - e) Enfermedades Emergentes y Re-Emergentes
  - f) Vigilancias Centinela
  - g) Vigilancias Universales
  - h) Intoxicación por Plaguicidas

## 5) Dependencias Técnicas

- a) Dirección de Protección contra las Radiaciones de Uso y Aplicación en Medicina
- b) Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – SENEPA
- c) Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria

## 2. Misión

Desarrollar los procesos de vigilancia, control e investigación en salud colectiva para preservarla y reducir los riesgos de enfermar asociados a los determinantes de salud.

## 3. Visión

Ser un área estratégica, dependiente del MSPBS, líder en el ámbito nacional e internacional, que cumpla su misión en un ambiente de desarrollo individual y grupal, legitimada por la comunidad como garante de la seguridad sanitaria.

## 4. Objetivos

- Registrar y analizar eventos de Salud Pública que puedan afectar la salud individual y colectiva y los factores que la condicionan
- Investigar el comportamiento epidemiológico de los eventos bajo vigilancia
- Recomendar medidas eficaces y oportunas de control
- Definir competencias centrales en epidemiología aplicada para su implementación en nivel nacional y subnacional
- Construir una red de vigilancia epidemiológica que integre los diferentes subsistemas de Salud
- Supervisar, Monitorear y evaluar la integración y transversalización de los Programas de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles en función a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, por ciclos vitales y por Proyectos de desarrollo de autonomía.

## 5. Objetivos fijados para el 2014

- Registrar y analizar eventos de Salud Pública que puedan afectar la salud individual y colectiva y los factores que la condicionan
- Investigar el comportamiento epidemiológico de los eventos bajo vigilancia
- Recomendar medidas eficaces y oportunas de control
- Definir competencias centrales en epidemiología aplicada para su implementación en nivel nacional y subnacional
- Construir una red de vigilancia epidemiológica que integre los diferentes subsistemas de Salud
- Supervisar, Monitorear y evaluar la integración y transversalización de los Programas de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles en función a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, por ciclos vitales y por Proyectos de desarrollo de autonomía.

## **6. Principales Logros de 2014**

- Plan Nacional ante el Riesgo de Introducción de Chikungunya en Paraguay 2014 desarrollado y disponible en sitio web
- Plan nacional de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción de Ebola al Paraguay desarrollado y disponible en sitio web
- Planes de puntos de entrada al país, elaborados e implementados
- Plan de Acción para la Prevención y el Control del Dengue para 2014 2015, estrategia EGI
- Boletín epidemiológico semanal elaborado en forma sistemática y disponible en la web
- Fortalecimiento de la capacidad básica de alerta y respuesta
- Seguimiento a los riesgo de Infecciones en los Albergues y Problemas Sanitarios que Originan las Inundaciones, por parte de las Unidades Epidemiologicas Regionales
- V Muestra Nacional de Epidemiología
- Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo en seguimiento, con cinco profesionales egresados de la primera cohorte

## **7. Limitaciones superadas**

- Falta de disponibilidad inmediata de fondos para actividades de alerta y respuesta
- Trabas administrativas para la liberación oportuna de los recursos asignados
- Transferencia inadecuada de responsabilidades y riesgos por parte de otras Direcciones Generales
- Déficit de gestión en la red de servicios que desaprovecha la posibilidad de uso de la información para la toma de decisiones
- Insuficiente formación para la vigilancia y salud pública en pregrado en todas las carreras sanitarias



**Institución:** Dirección/Programa/Región/Hospital Especializado

**Presupuesto vigente:** 9.958.370.009.-

**Presupuesto ejecutado:** 6.604.940.551.-

**Tabla 2: Ejecución presupuestaria según metas, cumplimiento y presupuesto asignado**

Programa/Proyecto	PRESUPUESTO		%Ejecución Presupuestaria	Fuente de Financiamiento
	Asignación Presupuestaria	Monto Ejecución Presupuestaria		
100 SERVICIOS PERSONALES	6.240.582.678	5.752.720.246	92%	10
200 GASTOS POR SERVICIOS NO PERSONALES	1.296.871.417	524.575.039	40%	10 y 30
300 GASTOS POR ADQUISICION DE INSUMOS	1.936.703.899	305.429.966	16%	10 y 30
500 GASTOS DE INVERSION	478.306.115	22.215.300	5%	10 y 30
900 OTROS GASTOS	7.905.900	0	0	30

Fuente: Dato proveído por el Departamento de Ejecución Presupuestaria Nivel Central (Listado de ejecución presupuestaria por objeto de gasto).

La Ejecución Presupuestaria es del 01/01/2014 al 09/12/2014

**EL PAC LO EJECUTA EL NIVEL CENTRAL**

Presupuesto de Gastos asignado	2011	2012	2013	2014
	5.661.552.490	8.811.754.089	10.299.408.284	9.960.370.009

### Observación

A partir del Ejercicio 2011, dependen en línea presupuestaria del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud:

- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Programa Nacional de Control del Tabaquismo
- Programa Nacional de Control de la Lepra.

Para el Ejercicio 2012 se incorpora además, dependiendo en línea presupuestaria del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud:

- Dirección de Protección Contra las Radiaciones de Uso y Aplicación en Medicina.

El Presupuesto 2013, incluye la Ampliación Presupuestaria en FF 30, aprobada en Agosto de 2013 para la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria, dependiente en línea presupuestaria del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, a partir del Ejercicio mencionado.



### Presupuesto de Gastos asignados en Detalle

100	6.240.582.678
200	1.296.871.417
300	1.936.703.899
500	478.306.115
900	7.905.900
<b>Total</b>	<b>9.960.370.009</b>

Tabla 4: Ejecución Presupuestaria del 2011-2012-2013-2014

Presupuesto	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Asignado	5.661.552.490	8.811.754.089	10.299.408.284	9.960.370.009
Ejecutado	4.281.760.120	5.759.498.928	7.301.955.343	6.604.940.551
% Ejecución	76%	65%	71%	66%

**Observación:** La ejecución presupuestaria del Año 2014, es hasta la fecha 09/12/2014.





# **DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**





## **Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles**

### **1. Introducción**

Es una dirección técnica con relación de dependencia directa de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), responsable de la coordinación de los programas de control de enfermedades transmisibles. Analizar y evaluar la información sobre enfermedades transmisibles. Su finalidad es diseñar y proponer estrategias de intervención para el estudio de las enfermedades transmisibles, estimar la magnitud de eventos, valorar las distintas formas de intervención, difundir información epidemiológica para la toma de decisiones dentro del proceso de mejoramiento continuo de calidad de los servicios que permiten generar la retroalimentación de los modelos.

### **2. Misión**

Apoyar las líneas estratégicas de las políticas que deben aplicarse a nivel nacional para guiar a los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles con mayor impacto sobre la salud de la población.

### **3. Visión**

Organismo técnico encargado del análisis de la información sobre eventos de salud transmisibles y sus determinantes en el ámbito nacional, contribuir en la toma de decisiones políticas y organizativas.

### **4. Objetivos**

- Promover el desarrollo de estudios e investigación sobre enfermedades transmisibles
- Promover y establecer normas de prevención y asistencia de enfermedades transmisibles.
- Monitorear el comportamiento de las enfermedades transmisibles.
- Generar acciones que permitan dar cumplimiento a las metas de los programas de control y prevención de enfermedades transmisibles



## 5. Principales Logros

**Tabla 1. Actividades realizadas con los Programas dependientes de la DIVET**

Actividades Realizadas	Resultados	Desafíos
<b>Coordinación del Proyecto de Mejora de detección de sintomático respiratorio y dermatológico.</b>	*SRI: 181 *SREx: 119 *SD: 28 N° Escuelas Visitadas: 45 N° personas capacitadas: 20.659	Ampliar el proyecto en 4 Regiones Sanitarias.
<b>Investigación y acompañamiento de Brotes de ETA.</b>	N° Brotes con seguimiento e informe final: 3 N° Brote investigado con trabajo de campo: 1 (Distrito San Lorenzo).	Ampliar la investigación de campo de brote de ETA. Orientar a las UER y UEH para mejorar la notificación e investigación de ETA.
<b>Elaboración de un sistema de trabajo integrado con las diferentes áreas del PNCZ y CAN.</b>	N° Capacitación en Supervisión: 2 N° Capacitación en red de frío: 2 N° Capacitación en la XI R.S: 1	Fortalecer el sistema de trabajo implementado.
<b>Creación y fortalecimiento del Departamento de Epidemiología.</b>	Departamento de epidemiología activo, realizando vigilancia epidemiológica.	Fortalecer la Vigilancia epidemiológica
<b>Conformación de un equipo de Supervisores Nacionales del Programa.</b>	N° Supervisores Nacionales:4	Realizar seguimiento a las supervisiones. Mejorar la capacidad técnica del equipo de Supervisión Nacional.
<b>Conformación de comités de IIH/IAAS en los servicios de salud dependientes del MSP y BS.</b>	N° Instituciones de Salud con conformación de comités: 4	Fortalecer la conformación de Comités.
<b>Capacitación a personal de Salud sobre Ébola, Bioseguridad Hospitalaria.</b>	N° Personas Capacitadas: 325	Ampliar la capacitación a personal de los servicios de salud.
<b>Supervisión de Hospitales Regionales en control de IIH/IAAS.</b>	N° Supervisiones realizadas: 11	Realizar seguimiento de las supervisiones.
<b>Elaboración del Plan Integrado de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas EIDs.</b>	N° Talleres: 2 Plan Nacional Integrado de las EIDs: 1	Implementar el Plan en las Regiones Sanitarias priorizadas.



**Tabla 2. Asesoramiento Técnico a los Programas dependientes de la DIVET**

Tareas Realizadas	Resultados	Recursos
Asesoramiento para la mejora de los indicadores de los programas PNCT y PNCL.	Asesoramiento técnico realizado en los indicadores de TB y Lepra.	RRHH. DIVET
Asesoramiento para la mejora de los indicadores del PNCZ y CAN.	Asesoramiento técnico realizado en PNCZ y CAN.	RRHH. DIVET
Asesoramiento técnico a los servicios de salud en manejo de Brote de ETA.	Asesoramiento técnico en brote de ETA.	RRHH. DIVET
Asesoramiento técnico en vigilancia IIH/IAAS.	Asesoramiento técnico en vigilancia de IIH/IAAS.	RRHH. DIVET
Asesoramiento en la Elaboración del Plan Integrado de las EIDs	Asesoramiento realizado de las EIDs	RRHH. DIVET

**Tabla 3. Avance de los Programas**

Programas	Anvances
<b>PNCT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenio entre MSP y BS e IPS: Detección de SR.</li> <li>• Acuerdo entre PNCT, INERAM, MJ: Aseguramiento del diagnóstico.</li> <li>• Acuerdo DIVET, PNCT, PNCL, IAB: Captación de SR y SD.</li> <li>• Anteproyecto de Ley de Tuberculosis: Asesoría Jurídica del MSP y BS.</li> <li>• Implementación GeneXpert: 2 equipos para Diagnóstico.</li> </ul>
<b>PNCL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del programa, capacitación, promoción y prevención con el apoyo de la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo de Lepra (DAHW) y el Hospital Mennonita KM.81.</li> <li>• Mejoría en la detección del indicador del Sintomático dermatológico a través de la implementación del Proyecto realizado mediante charla educativa en escuelas y búsqueda activa comunitaria.</li> <li>• Capacitación permanente a personal de los servicios de salud en el hospital Mennonita Km. 81.</li> <li>• Supervisión del programa en las Regiones Sanitarias del País con el apoyo de la (DAHW).</li> </ul>
<b>PNCZ y CAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de registros de caso cero de rabia en humanos</li> <li>• Disminución de casos de rabia canina y felina</li> <li>• Examen de rutina, búsqueda activa y control de focos de casos humanos de leishmaniasis visceral y eutanasia de casos positivos de leishmaniasis canina.</li> </ul>



<b>PRONASIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promoción y prevención de VIH/ITS a través de charlas educativas en escuelas y en la comunidad.</li><li>• Distribución y entrega de materiales de prevención en los servicios de salud y promotores.</li><li>• Consejería de VIH/ITS en servicios de salud.</li><li>• Elaboración del Plan y Ley delVIH/SIDA</li><li>• Implementación de Protocolos antiretrovirales.</li><li>• Capacitación continua y sencibización en estigma y discriminación del VIH profesionales de Salud.</li><li>• Verificación de fichas de notificación y calidad de datos.</li></ul>
<b>PAI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificación de la Eliminación del Sarampión/Rubéola posterior a la Campaña Nacional de vacunación con SPR.</li></ul>
<b>EIDs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboración del Plan Nacional Integrado de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas.</li></ul>

**Dificultades:**

Inconvenientes para la movilización, para realizar actividades de capacitación, monitoreo y supervisión, por falta de vehículo.

**Imágenes de Resultados**

**Reconocimiento en la V Muestra Nacional de Epidemiología**





### Capacitación para uso correcto del EPI



### Imágenes de Vacunación Canina





MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

  
**GOBIERNO NACIONAL**  
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo



PROGRAMA NACIONAL DE  
**Control de la  
Tuberculosis**

*Paraguay*

**2014**



## **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

### **INTRODUCCIÓN**

Sabemos que cada caso de TB no sólo implica un sufrimiento individual para el enfermo que la padece, sino que la comunidad que le rodea también se puede ver afectada por su capacidad de transmitirla.

La elaboración y aplicación de una serie de actividades básicas encaminadas a controlar la enfermedad en la comunidad a través de la implementación de la estrategia Alto a la TB por las Regiones Sanitarias (Gerencial) y los servicios de salud regionales, distritales y locales-USF (atención médica y seguimiento de los casos), es lo que constituye el Programa de Control de la Tuberculosis (PNCT), es por eso que se realizan múltiples esfuerzos de forma bien planificada para aunar fuerzas con el objetivo de disminuir la Tuberculosis en el Paraguay, con el compromiso de velar por que se detecten los casos en los servicios de salud, difundiendo información sobre la patología, el método de diagnóstico, y concientización sobre la cura con el tratamiento supervisado, para lograr resultados tan ansiados como son la curación y la disminución de las muertes por TB. Estas actividades forman parte del Plan estratégico Nacional 2011- 2015 que consta de 6 líneas estratégicas en las cuales se ven atenciones diferenciadas para cada población como ser la población indígena, la privada de libertad, en pobreza y extrema pobreza así como los pacientes con Co-infección TB/VIH y los casos Drogo-resistentes.

Las Regiones Sanitarias con mayor carga de la enfermedad (mayor número de casos de TB) son: Central, Alto Paraná y Capital. Y las Regiones Sanitarias con mayor incidencia de Casos (casos nuevos en relación a la población): Pte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay.

### **MISIÓN**

Asegurar en el marco de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad que cada paciente con TB tenga pleno acceso a diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la TB.

### **VISIÓN**

Paraguay, un territorio con ambiente libre de exposición a Tuberculosis.



## OBJETIVOS

Disminuir el riesgo de infección, la incidencia, prevalencia y la mortalidad por TB aplicando la “Estrategia Alto a la Tuberculosis” basada en Atención Primaria en Salud.

### Metas Principales

- El Paraguay notifica por lo menos el 90% de los casos nuevos BAAR+ y mantiene al menos 86% de curación de los mismos para el 2015 bajo DOTS.
- Todos las Regiones Sanitarias del país revierten la incidencia de TB y disminuyen al 50% la mortalidad y la prevalencia al 2015 respecto a la de 1990 (metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM)

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### 1er. Objetivo

Consolidar la estrategia DOTS/TAES, en todos los servicios del SNS del país, comunitarios e institucionales del sector público y proveedores de salud privados basados en Atención Primaria en Salud.

**Meta:** El 100% de las Regiones Sanitarias implementan la Estrategia DOTS/TAES con calidad en todos los servicios del SNS.

**2do. Objetivo:** Disminuir la incidencia de la TB en las personas viviendo con VIH/Sida y la incidencia de VIH en pacientes con tuberculosis.

**Metas:** El 100% de las Regiones Sanitarias incorpora un sistema de vigilancia epidemiológica TB/VIH en concordancia con su realidad epidemiológica y efectúa actividades de colaboración.

**3er. Objetivo:** Fortalecer la Prevención y control de la TB-MDR en el marco de la estrategia DOTS/TAES.

**Metas:** El 100% de las Regiones Sanitarias realizan vigilancia integral de la TB-MDR dentro la estrategia DOTS/TAES. El país realizan un manejo integral de la TB-MDR dentro la estrategia DOTS/TAES al 2015.

**4to. Objetivo:** Fortalecer la red de Laboratorio a fin de garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno y de calidad.

**Metas:** El 100% de la red de laboratorio de TB, integradas operacionalmente a los PRCTs, cumplen estándares establecidos por OMS al 2010.

El 100% de las Regiones Sanitarias utilizan sistemáticamente el método bacteriológico como método de rutina en el diagnóstico y seguimiento de los casos al 2010.

El 100% de las Regiones Sanitarias cuentan con vigilancia de la TB-MDR permanente determinada en todos los retratamientos al esquema inicial y en contactos de TB-Drogoresistente, personas privadas de libertad, Personas con VIH y población indígena. Así como estudios nacionales de vigilancia periódico de la resistencia en el país.



**5to. Objetivo:** Fortalecer la Incorporación a todos los proveedores de salud (públicos, no gubernamentales y privados) del Sistema Nacional de Salud al control de la TB.

**Metas:** El 100% de los proveedores de servicios de salud relevantes de cada Región Sanitarias involucrados en el control de la TB al 2010.

**6to. Objetivo:** Reducir el estigma y la discriminación y mejorar el acceso de pacientes con TB a servicios DOTS con el apoyo de estrategias de Abogacía, Comunicación y la participación Social en sus territorios, así como la participación de personas afectadas en sus territorios.

**Metas:** El 100% de Regiones Sanitarias implementan estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en tuberculosis, e incorporan a los afectados en actividades de control.

El 100% de las Regiones Sanitarias incorporan a los actores sociales del territorio en la acciones de control de la TB.

**7mo. Objetivo:** Fortalecer la gestión de los PNCT a través de estrategias de desarrollo de recursos humanos como parte integral de los planes nacionales del PNCT

**Metas:** El PNCT y el 100% de Regiones Sanitarias cuentan con planes de formación de recursos humanos en tuberculosis.

**8vo. Objetivo:** Desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación de los PNCT.

**Metas:** El PNCT cuenta con un plan que incorpore a las Regiones Sanitarias de investigaciones operativas, epidemiológicas y/o clínicas dentro de las actividades de los PNCTs.

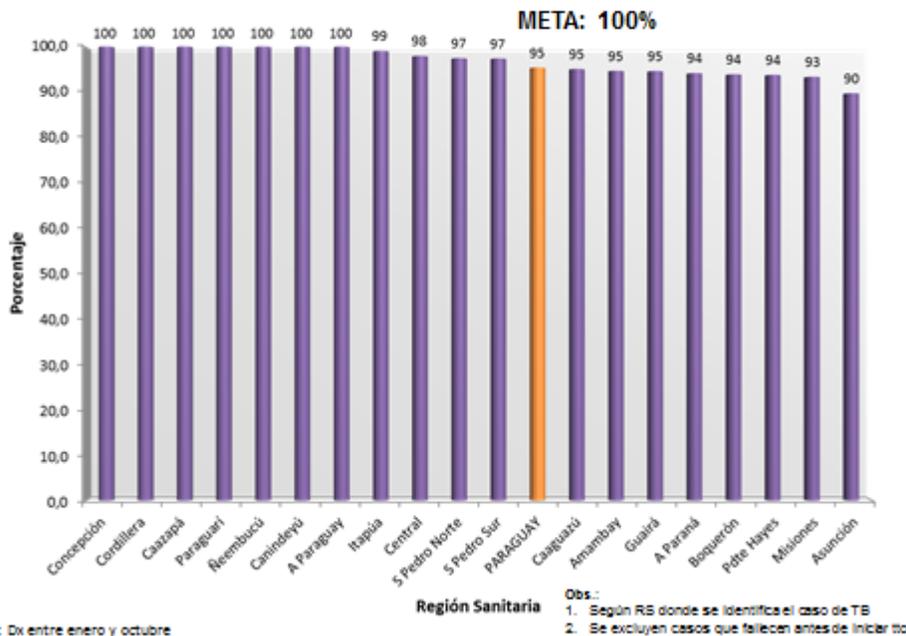
#### PRINCIPALES LOGROS

CASOS DE TB. PARAGUAY, 2014		
ENERO A OCTUBRE	NÚMERO	TASA X 100.000 HAB
<b>TOTAL</b>	1990	29
<b>Casos NUEVOS de TB</b>	1684	24
<b>Casos RETRATADOS de TB</b>	306	4
<b>Casos TBPBk(+)</b>	1265	18
<b>Casos TBPBk(-)</b>	380	6
<b>TBP Cultivo Positivo</b>	379	5
<b>Casos en PPL</b>	169	1739
<b>Casos en población INDIGENA</b>	342	256
<b>Casos de la SEGURIDAD SOCIAL</b>	81	
<b>0 - 14 años</b>	170	8



En el país de enero a octubre han sido diagnosticados 1990 casos de TB con una tasa de 29 casos 100.000 hbtes. 84.6% corresponden a casos nuevos de TB, de los cuales un 75% son casos de TB con BK(+). Por cultivo han sido diagnosticados un 19% de los casos. Teniendo en cuenta las diferentes poblaciones el 17% de los casos corresponde a indígenas, el 8.5% a personas privadas de libertad, 4% a la seguridad social y 8% a personas menores de 14 años.

### Casos de TB que inician tratamiento. PARAGUAY, 2014 \*



(\*) D: Dx entre enero y octubre

En relación al gráfico de inicio de tratamiento, el país logró iniciar a un 95% de los casos el tratamiento antibacilar. Se detectó que en algunos casos el paciente no acudió al servicio para el retiro de resultados y tras dar seguimiento no se pudo contactar para el inicio.

Otros logros:

Capacitación a RRHH de todas las regiones sanitarias del país en la estrategia alto a la TB.

Capacitación en el uso del sistema experto a 10 regiones sanitarias.

Capacitación en control de infecciones de TB a 6 regiones sanitarias.

Capacitación en Monitoreo y evaluación a 3 regiones sanitarias.

Supervisión de al menos el 20por ciento de los servicios de todas las regiones sanitarias del país.

Reuniones de fortalecimiento (control de gestión) en todas las regiones del país excepto Alto Paraguay.

Habilitación de la sanidad de la Penitenciaría regional de Ciudad del Este.

Habilitación de la cocina de la Penitenciaría nacional de Tacumbú que aumenta la capacidad de elaboración de platos de 800 diarios inclusive llegando a 2000, de esta forma se podría asegurar que los casos con TB reciban la cantidad suficiente de alimentos.



El IPS central accedió a contar con los medicamentos antibacilares en la farmacia. Actualmente se están realizando los trámites para la forma de entrega a la institución



#### **DIFICULTADES**

- Detección: Las actividades de detección de Sintomáticos Respiratorios es concebida como una actividad del encargado de TB y no como una productividad del servicio.
- Diagnóstico: aún existen dificultades para la entrega de resultados en menos de 5 días, en muchos laboratorios del país este año se desecharon muestras por la tardanza en el procesamiento. Los bioquímicos de muchos laboratorios no realizan la baciloscopía.
- Traslado de muestras: no se cuenta con un sistema de traslado de muestras de los servicios que toman muestras de esputo y deben derivar a los servicios que cuentan con laboratorio de baciloscopía.
- El TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) o TDO (tratamiento directamente observado) es la estrategia para asegurar la curación de los casos de TB
- Compras públicas: los productos no vienen en tiempo y forma.
- Talento humano: se cuenta con un déficit en el equipo de supervisión por renuncia, fallecimiento y jubilación; así como en otros departamentos como administración, parque, médicos de líneas estratégicas.
- Llenado de registro en tiempo y forma.
- Cargado de datos del sistema experto por todos los servicios del país.



## DESAFÍOS PARA EL AÑO SIGUIENTE

- Compromiso de las autoridades para el control de la TB
- Contar con un plan estratégico de la respuesta nacional de la tuberculosis 2016- 2020.
- Presentar la nota conceptual al Fondo Mundial para acceder a recursos
- Avanzar con nuevas estrategias para la propuesta TB Grandes Ciudades.
- Detección: se necesita imperiosamente que esta actividad sea parte de las prioridades de los servicios del MSPBS.
- Talento Humano: Se requiere estabilidad y compromiso del personal capacitado especialmente los médicos y bioquímicos. Los encargados de TB solicitan tener una resolución del cargo que ocupan.
- Diagnóstico: Contar con profesionales comprometidos en los laboratorios ya que nos encontramos con muestras que no son procesadas para el diagnóstico de la Tuberculosis.
- Calidad del dato: Contar con los formularios del sistema de registro en forma permanente y lograr la informatización de los datos desde el nivel local. Llenado del sistema experto por todos los servicios distritales y regionales, así como todos los locales que cuentan tanto con equipo informático e internet.
- Medicamentos e insumos:
  - Asegurar el presupuesto y gestión oportuna de compra para la provisión continua de todo lo necesario para el control de la TB.
  - Los medicamentos antibacilares deben formar parte del SICIAP.
- Apoyo alimenticio a pacientes: asegurar el presupuesto y gestión oportuna de compra para la provisión continua de leche a todos los pacientes en tratamiento del país y una canasta básica para los casos con resistencia.
- TB/VIH: El personal de salud debe estar sensibilizado que ambas patologías deben ser diagnosticadas en forma precoz y tratadas oportunamente.
- TB- DR (Tuberculosis Drogorresistente): existen varias debilidades a fortalecer, mejorar o implementar:
  - Re-conformación del equipo técnico nacional de TB- DR.
  - Elaboración del protocolo de trabajo del equipo.
  - Capacitación y seguimiento para la solicitud de cultivo, PSD y seguir socializando las indicaciones del Xpert MTB Rif.
  - Fortalecer el grupo de apoyo psicológico y psiquiátrico tanto para los pacientes internados como durante el tratamiento ambulatorio.
  - Contratar un Asistente Social para fortalecer el grupo mencionado.
  - Proseguir con la capacitación de personal de salud para el tratamiento ambulatorio.
  - Fortalecer el equipo de Salud de la zona de Tte. Irala Fernández para una mejor Vigilancia de la DR, diagnóstico y seguimiento de casos
- PPL (Población Privada de Libertad): proseguir con el trabajo coordinado que se tiene con la dirección de Salud Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Trabajo.
- Población indígena: Contar con una nueva estrategia de trabajo en comunidades indígenas.



NOMBRE DEL PROYECTO	DURACIÓN	OBJETIVOS	RECEPTOR PRINCIPAL (ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL PROYECTO)	EJECUTORES PROGRAMÁTICOS	MONTO TOTAL ASIGNADO PARA TRES AÑOS	MONTO PARA EL AÑO 2015	MONTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN AL 30/11/2014 (PRELIMINAR)
<p>Proyecto Consolidado: "Acuerdo Intersectorial y Participativo hacia una Intervención Sustentable y el Acceso Universal para la prevención de la Tuberculosis en Paraguay, con énfasis en Poblaciones Indígenas y Personas Privadas de Libertad"</p>	<p>Fase 2: Enero 2013 a dic del 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fortalecer la extensión de red de laboratorios, de cultivo y pruebas de sensibilidad para el diagnóstico y detección de la TB.</li> <li>2) Consolidar la calidad del DOTS enfocándose en las poblaciones más vulnerables: población indígena, personas privadas de libertad y personas viviendo en zonas de pobreza o extrema pobreza.</li> <li>3) Fortalecer y expandir la implementación de actividades colaborativas de TB - VIH en las 18 Regiones Sanitarias.</li> <li>4) Desarrollar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social impulsando acciones de prevención y control de la TB enfocándose en las poblaciones más vulnerables: como la indígena, las personas privadas de libertad y las personas viviendo</li> </ol>	<p>ALTERVIDA</p>	<p><b><u>MSPYBS</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT),</li> <li>2. 18 Regiones Sanitarias (RS);</li> <li>3. Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP);</li> <li>4. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS);</li> <li>5. Dirección General del Salud Indígena;</li> <li>6. Dirección General de Salud Penitenciaria.</li> </ol> <p><b><u>OTROS</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Dirección General de Establecimientos Penitenciarios (dependiente del <b>Ministerio de Justicia y Trabajo</b>)</li> <li>8. Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)</li> </ol>	<p><b>3.859.860</b> .- USD</p>	<p><b>1.776.522</b> .- USD</p>	<p><b>1.060.080.-</b> USD  <b>60%</b></p>



		en zonas de pobreza o extrema pobreza.					
--	--	---	--	--	--	--	--



**PROGRAMA  
DE  
ANÁLISIS**



**CONTROL  
DE  
AL**

*Paraguay*

**2014**



## **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE ZONOSIS Y CENTRO ANTIRRÁBICO NACIONAL**

### **INTRODUCCIÓN**

El Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional es una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que tiene a su cargo la rectoría de todo lo referente al tratamiento de las personas agredidas por animales, la prevención y control de foco de rabia canina, como así también el Diagnóstico y control de focos de la Leishmaniasis Visceral canina. El año 2014, fue para nosotros de intensa actividad como años anteriores desde la creación de este centro. Cabe mencionar que hemos intensificado las tareas a nivel de las Regiones Sanitarias y Centros de salud, debido a la transferencia de las actividades de este programa a nivel de los centros asistenciales, incluir en este programa el departamento de epidemiología fue un logro importante de este año para nosotros.

#### **Los servicios que la Institución proporciona son los siguientes:**

- Consulta médica a personas agredidas por animales.
- Vacunación antirrábica humana.
- Atención de urgencias y curaciones por accidentes de mordeduras.
- Consulta veterinaria.
- Vacunación antirrábica canina gratuita.
- Internación de animales mordedores.
- Vigilancia y Control de foco de Rabia y Leishmaniosis Visceral Canina.
- Diagnóstico Laboratorial de la Rabia y la L.V.C.
- Supervisión de los servicios transferidos a los Hospitales Regionales y Distritales.

### **MISIÓN**

Garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, prevención, monitoreo y control de las enfermedades Zoonóticas, con el fin de alcanzar la cobertura nacional, enmarcados en el sistema nacional de salud.

### **VISIÓN**

Ser un Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional, eficaz, eficiente y transparente que garantice a la población nacional el acceso efectivo y oportuno a los biológicos que evitan el desarrollo de la rabia, y disminuir los factores de riesgos para contraer otras zoonosis, en coordinación con otros sectores y promoviendo la participación activa de la ciudadanía en función al ejercicio de sus derechos.



## OBJETIVOS

- Mantener en cero los casos de rabia humana.
- Erradicar la Rabia Canina.
- Controlar los animales reservorios de la L.V.C. y evitar su transmisión al ser humano.
- Incluir otras zoonosis en el Programa.
- Asegurar la disponibilidad de biológicos antirrábicos (vacuna y suero), jeringas, reactivos y otros insumos, mediante la presentación en tiempo y forma del pedido a nivel Central.
- Optimizar sistemas de información y vigilancia epidemiológica, teniendo en cuenta las necesidades del país y los compromisos internacionales.

## PRINCIPALES LOGROS

En el Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional (PNCZyCAN), se realizó la intervención de los 16 focos de rabia animal (bovina, equina y canina), ocurridos en el país de enero a noviembre del año 2014, por medio de la vacunación de 21238 caninos y felinos por casa a fin de bloquear la expansión del virus en las poblaciones susceptibles caninas y felinas; además se realizó el bloqueo del brote de rabia canina ocurrido en el Departamento de Boquerón por medio de la vacunación antirrábica en personas que tuvieron contacto con el canino afectado de la enfermedad. Se realizó también la capacitación del personal sanitario (médicos y enfermeras), sobre el manejo de pacientes agredidos por animales y del uso de las vacunas antirrábicas en humanos.





Foto 1. Vacunación antirrábica canina.

Foto 2. Vacunación antirrábica humana en el foco de rabia canina en el Chaco.

Foto 3. Rescate y vacunación de animales en áreas inundadas.

Foto 4. Capacitación sobre el manejo de pacientes agredidos por animales y del uso de las vacunas antirrábicas con médicos y enfermeras de los hospitales de las distintas regiones sanitarias.

#### **Cooperación técnica con Senacsa.**

-**Perfil:** formación de profesionales de laboratorio y control de calidad del laboratorio de rabia.

-**% de ejecución:** 100%, formación de un profesional para diagnóstico laboratorial de rabia por el método de IFI; y control cruzado de los resultados laboratoriales de ambas instituciones.

#### **Campaña de vacunación antirrábica en el Departamento Central.**

-**perfil:** vacunación antirrábica canina y felina en cooperación con los municipios de Central.

-**% de ejecución:** 20%, baja ejecución por compra de biológicos recién en el mes octubre.

#### **Cooperación con las Fuerzas Armadas.**

-**perfil:** formación de técnicos idóneos veterinarios del programa de control de Zoonosis y CAN.

-**% de ejecución:** 100%, egreso de 17 técnicos idóneos veterinarios en el año 2014.

#### **Cooperación con la Sociedad Protectora de Animales y Plantas del Paraguay.**

-**perfil:** trabajos conjuntos fomentando el bienestar animal y vacunaciones en áreas inundadas.

-**% de ejecución:** 80%.

#### **Cooperación con la Novena Región de Paraná-Brasil.**



-**perfil:** atención y aplicación de suero antirrábico a pacientes de Paraguay agredidos por murciélagos y animales silvestres.

-**% de ejecución:** 100%.

**Cooperación con el municipio de Luque.**

-**perfil:** trabajos conjuntos en las áreas de rabia y leishmaniasis.

-**% de ejecución:** 20%, debido a la compra tardía de insumos.

**Cooperación con el municipio de Asunción.**

-**perfil:** vacunación canina y felina gratuita y declaración de asunción libre de Rabia con vacunación.

-**% de ejecución:** 30%, compra tardía de insumos.

Departamento	Distrito Localidad	Fecha	Caninos vacunados	Felinos vacunados	Total de vacunados
Boquerón	Moa Estigarribia, La Patria, Pozo Hondo, Infante Rivarola	20-24 Enero	3482	1416	4898
Canindeyú	Curuguaty	4-5 de marzo	1289	127	1416
Boquerón	Loma Plata	24-26 de marzo	1516	525	2086
Caazapá	Maciel, Kara Kara'i	2 de abril	641	402	1043
San Pedro	Colonia Barbero	21-22 de abril	2410	336	2746
Guairá	Mbocayaty, Yataity	8-9 de mayo	823	105	928
San Pedro	Nueva Germania, Aguaray mi, Chaco'i	3-4 junio	472	111	583
Caazapá	Fulgencio Yegros, Puesto Naranja	9 de junio	176	20	196
Pdte Hayes	Fortín Río Verde	19 de junio	181	22	203
Boquerón	Loma Plata, Filadelfia	17-24 de julio	4278	1788	6066
San Pedro	San Pedro, Inmaculada	20-21 de agosto	239	58	297
Itapúa	Coronel Bogado, Siberia	22-23 de septiembre	182	39	221
San Pedro	Correa, Inmaculada	28-29 de octubre	283	47	330
San Pedro	San Pedro, Yatebo	6-7 de noviembre	182	43	225
<b>Total</b>			<b>16199</b>	<b>5039</b>	<b>21238</b>

Gráfico 1: Vacunación antirrábica canina y felina en las intervenciones de focos de rabia animal por departamento.



## **DIFICULTADES**

- No se cuenta con la Sub-Unidad Operativa de Contrataciones para una mejor respuesta rápida y oportuna.
- Desde Julio de 2014 el PNCZyCAN no cuenta con la tira inmunocromatográfica rk39 para realizar la prueba de leishmaniasis visceral canina, por lo que este servicio se encuentra interrumpido por la falta del insumo correspondiente, no pudiendo atender de esta forma la demanda de propietarios y veterinarios para realizar la prueba en caninos, además no estamos realizando la búsqueda activa y la intervención de focos de leishmaniasis visceral humana por la falta del reactivo correspondiente.
- Falta de un bus con capacidad para 20 personas para traslado de vacunadores a diferentes regiones sanitarias.
- Falta de empoderamiento de los diferentes servicios de salud para responder al Programa.
- Deficiencia en la provision de biológicos; vacunas y sueros de uso humano.

## **DESAFIOS PARA EL AÑO 2015**

- Mantener la Vigilancia de la Rabia por transmisión canina, intensificando campañas de vacunación y estudios laboratoriales.
- Transferencia de competencia de la Atención Médica a pacientes por mordedura de perro, contactos y pre-exposiciones con el virus de la rabia, a los Servicios de Salud.
- Aprobación de guía para la Profilaxis humana y guía para la vacunación masiva en perros, con su respectiva Resolución Ministerial.
- Mantener cero caso de Rabia Humana y Canina.
- Atención íntegral a unas 14.000 personas en contacto o agredidos por animales a través de las diferentes regiones sanitarias.
- Vacunación antirrábica a 280.000 animales.
- 15.000 Tomas de muestras y procesamiento de las mismas en laboratorio de leishmaniosis.
- 850 Diagnósticos de rabia (análisis de cerebro de animales para rabia).



**Tabla 1: Indicadores de cumplimiento según años**

INDICADORES		2011	2012	2013	2014
<b>MUESTRAS DE RABIA PROCESADAS</b>					
	TOTAL DE MUESTRAS POSITIVAS	1	0	1	0
	TOTAL DE MUESTRAS NEGATIVAS	813	318	307	351
<b>PROFILAXIS DE RABIA ANIMAL</b>					
	CAMPAÑA DE MANTENIMIENTO	23700	33250	45000	17901
	FOCO	37200	14050	0	15598
	INSTITUCIÓN	4984	7550	6700	2343
	CAMPAÑA INTERINSTITUCIONAL	12500	14700	13500	6412
<b>ACTIVIDADES DEL DEPARTAMENTO DE VETERINARIA</b>					
	ANIMALES CAPTURADOS POR LA PERRERA	232	31	30	0
	INGRESO PARA EUTANASIA CON LEISHMANIASIS	1286	1157	1477	1253
	INGRESO PARA EUTANASIA POR OTROS MOTIVOS	788	500	463	226
	SACRIFICADOS CON LEISHMANIASIS	1534	1653	1714	1348
	SACRIFICADOS SIN LEISHMANIASIS	895	756	369	161
	INTERNADOS	138	122	86	103
	RETIRADOS	3055598	205	156	116
	EXTRACCION DE SANGRE		4650	5738	3861
<b>FOCOS DE RABIA CANINA</b>					
	NOTIFICADOS	1	0	0	1
	TRATADOS/INTERVENIDOS	1	0	0	1
<b>VACUNAS ANTIRRÁBICAS ENTREGADAS A LAS REGIONES SANITARIAS</b>					
	VACUNAS DE USO HUMANO	11425	19720	18993	11358
	VACUNAS DE USO CANINO/FELINO	302750	254500	256200	228806
<b>LABORATORIO DE LEISHMANIASIS</b>					
	MUESTRAS DE RUTINA POSITIVAS	2710	2405	3182	1730
	MUESTRAS DE RUTINA NEGATIVAS	2883	2936	3355	2147
	MUESTRAS BÚSQUEDA ACTIVA POSITIVAS	469	350	301	230
	MUESTRAS BÚSQUEDA ACTIVA NEGATIVAS	1871	1920	1204	922
	MUESTRAS REMITIDAS DE FOCO POSITIVAS	920	791	811	410
	MUESTRAS REMITIDAS DE FOCO NEGATIVAS	3486	4116	3262	2051
<b>FOCOS DE LEISHMANIASIS VISCERAL HUMANA</b>					
	NOTIFICADOS	114	76	102	109
	TRATADOS/INTERVENIDOS	64	56	50	30
<b>EUTANASIA DE CANINOS POSITIVOS A LEISHMANIA</b>					
	EN BÚSQUEDA ACTIVA	309	273	165	119
	EN FOCO DE LEISHMANIASIS VISCERAL HUMANA	619	492	366	256
<b>PACIENTES ATENDIDOS POR MORDEDURA DE SERPIENTES EN TODAS LAS REGIONES SANITARIAS</b>					
	TOTAL DE CASOS DE OFIDISMO NOTIFICADOS	258	167	172	137
<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
	N° DE RRHH TOTAL	111	97	99	97
	N° DE MÉDICOS	8	2	2	3
	N° DE ENFERMERAS	12	4	5	9
	N° DE VETERINARIOS	18	18	19	20



		N° DE ADMINISTRATIVOS	63	63	63	39
		N° DE TECNICOS	10	10	10	26

Fuente: Dpto. de Estadísticas – Dpto. Recursos Humanos

**Tabla 2: Presupuesto de Gastos asignados en Detalle**

100	5.843.669.672.-
200	264.428.040.-
300	390.122.280.-
500	45.197.150.-
Total	6.543.417.142

Fuente: Dirección de Presupuesto M.S.P. y B.S. (al 12/12/14)

**Tabla 3: Cantidad de Pacientes atendidos**

	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
N° de Consultas	15197.-	13776.-	0.-	4753.-

Fuente: Consultorio Externo, Bioestadística CAN.

**Tabla 4: Ejecución Presupuestaria del 2011-2012-2013-2014**

Presupuesto	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Asignado	5.726.003.376.-	6.671.376.845.-	6.418.402.574.-	6.543.417.142
Ejecutado	x	x	5.491.643.330.-	4.889.200.926
% Ejecución	x	x	86%	75%

Fuente: Dirección de Presupuesto M.S.P. y B.S. (01/01/2014 al 30/11/14)

**Institución:** Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional.

**Presupuesto ejecutado:**

**Tabla 2: Ejecución presupuestaria según metas, cumplimiento y presupuesto asignado**

Fuente: Dirección Administrativa, Hospital.

Tabla % Ejecución PAC	
	% Ejecución
100	79%



200	47%
300	42%
500	6%

Presupuesto de	2011	2012	2013	2014
Gastos asignado	5.726.003.376.-	6.671.376.845.-	6.418.402.574.-	6.543.417.142.-



# **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE VIH/sida/ITS**

*Paraguay*

**2014**



## PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL SIDA E ITS

### Introducción

El Programa Nacional de Control del Sida e ITS, (PRONASIDA) organismo dependiente del MSP Y BS fue creado por Resolución Ministerial N° 38 del año 1988 y ampliado en sus funciones como responsable de intervenir y controlar la Infecciones de Transmisión Sexual en el año 1998, sin presupuesto para llevar adelante estrategias de intervención referente a las ITS.

Desde su creación depende de la Dirección General de Vigilancia de la SALUD, con quien coordina las acciones de acuerdo a las necesidades del país con relación a la problemática del VIH//ITS y SIDA.

EL PRONASIDA cuenta con un manual de organización con el propósito de operar ordenadamente y establecer una adecuada distribución, de deberes y responsabilidades entre los funcionarios que conforman los diferentes departamentos.

Dentro del organigrama, está representado y administrado por una dirección quien es responsable de la conducción y gerenciamiento de las políticas que se genera en respuesta a la epidemia en el país, para el cumplimiento de la misma se está coordinando las acciones con los programa afines del MSPYBS del nivel central , regional y local, Involucrando a otros sectores tanto gubernamental y no gubernamental y de la sociedad civil organizada de manera a obtener una respuesta nacional al VIH//ITS y SIDA.

El PRONASIDA cumple doble función: a) **NORMATIVA**  
b) **ASISTENCIAL**

**a) Normativa:** en esta función elabora los Manuales de las Normas Nacionales para el Diagnóstico, profilaxis, tratamiento para el VIH/sida y otras Infección de transmisión Sexual (ITS), Manuales de tratamiento y profilaxis para las Infecciones oportunistas (IO) tanto para adultos y niños/as.

Realiza difusión, promoción y educación para la población clave, vulnerable y general (PG) además de la capacitación a los proveedores de la salud en todo el país.

**b) Asistencial:** en su rol asistencial cuenta con Centros de testeo voluntario (CTV) para el VIH y la sífilis en todos los departamentos del país, y con Laboratorios de referencia para la confirmación diagnóstica, evaluación inmunológica, virológica y resistencia a los antirretrovirales (ARV).

Así mismo, realiza los cálculos de requerimiento anual de ARV y antibióticos, reactivos e insumos, tanto para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de las PVV, que son solicitadas a la Dirección de Insumos Estratégicos, Dirección dependiente del MSP Y BS, para la



Licitación y compra, Es también el encargado de la distribución de los mismos en todo el territorio Nacional.

## **Misión**

La responsabilidad social de PRONASIDA se concentra alrededor de dos ejes de acción: ejerce la rectoría de la Respuesta Nacional amplia, integrada y comprometida a la epidemia de VIH e infecciones de transmisión sexual y provee en forma descentralizada los servicios de promoción, prevención y atención integral a las personas, bajo los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y el acceso universal, y el enfoque de género, para disminuir el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas que viven o son afectadas por el VIH e infecciones de transmisión sexual.

## **Visión**

Para el 2013 el Paraguay logra disminuir el avance de la epidemia del VIH e infecciones de transmisión sexual en la población general, con énfasis en las poblaciones más vulnerables, con miras al acceso universal, a la prevención y a la atención integral, mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH, en el marco de una Respuesta Nacional ampliada, integrada y comprometida, con enfoque de derechos, equidad y género, que incorpore los esfuerzos del Estado, la Sociedad Civil y la Comunidad Internacional, bajo la rectoría fortalecida del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

## **Objetivos**

- 1-Promover, difundir y educar sobre VIH/sida, sífilis y otras ITS.
- 2-Realizar diagnóstico precoz del VIH/sida, sífilis e ITS a la población clave, vulnerables y población general.
- 3-Ofrecer atención integral con calidad y calidez a todas las PVVS, sífilis y otras ITS sin discriminación ni estigma, respetando los derechos humanos, aplicando la medicina basada en evidencia.
- 4-Capacitación de médicos/as, Psicólogos/os, enfermeras/os, Bioquímicos/as, Trabajador/a Social y Consejero/as, en el tema VIH/sida sífilis y otras ITS.
- 5-Fortalecer la investigación en el área de: epidemiología del VIH/sida, uso de ARV, Infecciones oportunista (IO), adherencia al tratamiento.
- 6- Redactar con un PLAN ESTRATEGICO 2013-2017 de la respuesta Nacional al VIH/sida.
- 7-Reconstruir el edificio siniestrado.



## ACCIONES REALIZADAS

- Promotores pares que son capacitados en forma sistemática para el abordaje de la estrategia del cambio de comportamientos de riesgos.
- Personas de las poblaciones PEMAR que reciben en forma sistemática información sobre VIH/ITS, condones y promoción de los servicios de salud de los promotores pares
- Visitas a las personas de las poblaciones PEMAR que son alcanzados por la estrategias de promoción entre pares, para evaluar conocimientos de las ITS y dificultades para asistir a los servicios de salud
- Personas de las poblaciones PEMAR que reciben en forma sistemática condones de los promotores para prevención del VIH e ITS y condones distribuidos a través de los servicios de consejería.
- Promotores pares Información, entregas de insumos de prevención (condones, materiales educativos, lubricantes). Promoción de los Servicios de Salud
- Entrega de kits diferenciado para reducción de daños
- PVV con la confección que inician TARV. Trabajo coordinado con el programa de TB. Revisión de Historias Clínicas. Indicación de inicio de TAR a pvv con TB.
- Inicio de TARV según protocolos nacionales de tratamiento antirretroviral. Reuniones clínicas semanales en el SAI AS. Supervisiones capacitantes en los SAI's del Interior. Capacitaciones y actualizaciones sobre TAR a profesionales de salud. Provisión continua de ARV.
- Realización de recuento de linfocitos TCD4 a PVIH para inicio de TARV
- Dosaje de carga viral plasmática a PVIH para inicio de tratamiento
- Capacitaciones en calidad de atención y mejora del servicio con enfoque de DDHH, Estigma y Discriminación.
- RRHH capacitados, comprometidos y sensibilizados en la atención a PVIH
- Provisión de TMP-SMX de manera continua a las PVIH con infección avanzada. Trabajo coordinado con el laboratorio para la obtención del recuento de CD4 y el diagnóstico de infecciones oportunistas
- Investigación realizada en forma anual. Supervisiones a los SAI's. Análisis del registro de farmacia.
- Educación personalizada a través de las consejerías y charlas educativas en salas de espera de los servicios de salud.
- Incorporación de más servicios tanto del sector público, IPS y privados
- Capacitación continua en las normativas y protocolos establecidos
- Revisión de la calidad de los datos de las distintas fuentes de los indicadores. Análisis de las tendencias.
- Revisión de la confiabilidad, oportunidad de los datos. Limpieza de la base de datos. Eliminación de duplicados. Revisiones específicas de los casos fallecidos y los niños.
- Trabajos presentados en el Simposio Estadual de Infecciones de Transmisión Sexual en Espirito Santo, Brasil.
- Estudio de Prevalencia del VIH/sifilis /Hepatitis B y comportamientos de riesgo en población: HSH, MTS y trans. Investigaciones realizadas en coordinación con la DGVS, las ONGs, la Universidad Nacional de Caaguazú y el PRONASIDA.
- Estimaciones del tamaño de las poblaciones en forma conjunta con los estudios de prevalencia utilizando el mapeo y método multiplicador. Posteriormente con apoyo de un consultor



internacional se realiza la extrapolación a las regiones en donde no había datos, resultando en una estimación a nivel nacional.

### **PRINCIPALES LOGROS**

- 8 Establecimiento de salud con capacidad y condiciones de implementar un modelo de A.I.
- 90% de personas con TB/ SIDA que recibe TAR
- 97% de PVV que realizan CD4 para inicio de TAR
- 92% de PVV con CV para inicio de TAR

### **LIMITACIONES**

- Reducido número de promotores pares
- Reducido número de promotores pares. No existen promotores identificados en algunos sub grupos de cada población
- Dificultad para acceder a los contactos de la población UDES y TRANS
- Escasos RRHH comprometidos y espacios físicos exclusivos en algunos servicios.
- RRHH capacitados, trasladados a otras dependencias. Poco involucramiento de profesionales de otras áreas
- Control prenatal tardío. Y Dx en el momento del parto. No notificación inmediata y débil seguimiento
- Horarios de los servicios no adecuados a los varones y renuentes al tratamiento
- Varias fuentes de datos que requieren triangulación de los mismos.
- Notificación tardía de las regiones sanitarias por lo que el informe final del año 2014 se preve para Junio del 2015.
- La nueva ficha de notificación aún no se encuentra implementada, lo que facilitaría el llenado de los mismos debido a que es menos compleja-
- No se puede establecer si son nuevos diagnósticos de este año debido al alto porcentaje de diagnóstico tardío
- Se debe realizar abogacía para que los RRHH capacitados no roten a otros servicios y puedan aplicar lo que han aprendido.
- Dificultades para el acceso a estas poblaciones ocultas, especialmente a los HSH.
- Algunas de las variables predictoras para realizar la extrapolación no se encontraban desagregadas a nivel distrital



# PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA LEPROA

*Paraguay*

**2014**



## **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LEPRO**

### **INTRODUCCION**

El Paraguay ocupa el tercer lugar en cuanto a magnitud de la endemia en relación a su población en la Región de las Américas. Puede considerarse como endemia de nivel intermedio.

Desde el año 2001, el Paraguay ha conseguido reducir la tasa de prevalencia nacional a menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Sin embargo en varias Regiones Sanitarias, la cobertura total de todo los Distritos, recién se consiguió en el año 2005; por lo que a nivel sub nacional, no hemos logrado reducir la tasa de prevalencia a menos de 1 caso por 10.000 habitantes, en por lo menos 6 Regiones Sanitarias, lo que significa; según la definición de la OPS/OMS, que la lepra es en Paraguay, una endemia no controlada, a nivel sub nacional.

Por otro lado la OPS/OMS, preconiza el principio básico del “Control de la Morbilidad”, es decir la detección oportuna de los casos nuevos, el tratamiento eficaz con poliquimioterapia, la prevención de discapacidades, y la rehabilitación con el propósito de reducir la carga de la enfermedad, y sostener las actividades de control de la misma. Con el propósito de operativizar estas estrategias, el Programa Nacional de Control de la Lepra, en un proceso de descentralización, se han integrado a la Atención Primaria, a través de las Unidades de Salud Familiar. El tratamiento es gratuito, corto y eficaz.

### **VISION**

Mejorar la calidad de la población al prevenir, controlar y monitorear la lepra y sus factores condicionantes, reduciendo los riesgos de desarrollar discapacidad y sufrir discriminación

### **MISION**

Integración de los elementos técnicos y operativos del programa de lepra, a la Atención Primaria de la Salud, de modo a aumentar la detección oportuna, el tratamiento regular de los casos, y la disminución de discapacidades.

### **OBJETIVOS**

- Mantener y mejorar los logros alcanzados.
- Aumentar la cobertura de las USF, para pacientes de lepra.
- Promover acciones en los pacientes, para el empoderamiento de las actividades de control y las discapacidades.
- Completar el fortalecimiento del talento humano de las USF, en las acciones de atención integral del paciente y sus contactos.
- Consolidar el sistema integral de información, que garantice el monitoreo del programa, y permita visualizar la situación epidemiológica y la gestión del mismo



## **PRINCIPALES LOGROS**

- Todos los pacientes diagnosticados fueron tratados con poliquimioterapia según esquemas normados por la OPS – OMS
- La Base de datos con información de los casos diagnosticados en los diez últimos años se halla actualizada hasta fecha.
- En este año se ha conseguido que en la mayoría de las Regiones Sanitarias las USF estén diagnosticando y tratando pacientes.
- Se aumentó en un 100% de la participación de funcionarios de salud de USF y otros en las capacitaciones realizadas por el Programa de Lepra.

## **DIFICULTADES**

- Déficit de recursos humanos para distintas áreas del Programa.
- Un solo equipo de capacitación, lo cual imposibilita la realización simultánea de por lo menos dos actividades e impide desarrollar las tareas del programa en toda su extensión.
- Un solo vehículo, propiedad de una ONG, que no está en buenas condiciones actualmente y con el cual no se puede simultáneamente realizar actividades en distintas Regiones Sanitarias.
- Falta de combustible la mayor parte del año, para realizar los viajes de capacitación, monitoreo, evaluación y supervisión, en todo el País.
- Falta de suministro regular de la Talidomida, droga de primera línea en el tratamiento de la reacción leprosa tipo II; la más grave que se presenta esta enfermedad.
- La no ejecución presupuestaria de varios rubros, destinados al área de educación y capacitación como ser la de impresión de material educativo, refrigerios para jornadas de capacitación, mantenimiento de equipos, y otros.

## **METAS PARA EL PROXIMO AÑO**

- Mantener los logros alcanzados.
- Fortalecer la capacitación de los RR.HH en las Unidades de Salud Familiar
- Mejorar las acciones de atención integral a pacientes y sus contactos en las áreas de mayor riesgo.
- Optimizar el Sistema Integral de Información, a través de las UER (Unidad Epidemiológica Regional), para conseguir la correcta visualización de la situación epidemiológica y de gestión del Programa de lepra, en cada Región Sanitaria.
- Continuar con la promoción de las acciones de prevención y control de discapacidades.
- Mejorar y adecuar la estructura edilicia del Centro de referencia del Programa Nacional de Lepra, conforme al aumento de la demanda de usuarios.



- Establecer convenios interinstitucionales para mejorar la detección de casos y el control de contactos.

#### **CAPACITACIONES DEL PROGRAMA**

- Las capacitaciones para el manejo de la lepra constituyen el pilar del Programa. Las mismas son realizadas por la Dirección, el Departamento de Vigilancia, y el apoyo del Hospital Menonita de km81. En este periodo se han realizado un total de 09 Talleres de Capacitación en el Hospital Menonita y 04 en el Centro de Especialidades Dermatológicas, donde se logró la participación de 422 Encargados, 88 médicos y 446 alumnos.

#### **Casos nuevos de lepra desagregados por Regiones Sanitarias, Forma Clínica, menores de 15 años, discapacidad grado 2 y sexo. (Enero - octubre 2014).**

<b>Regiones Sanitarias</b>	<b>Casos Nuevos</b>	<b>Casos MB</b>	<b>Menores de 15 años</b>	<b>Discapacidad G2</b>	<b>Sexo Femenino</b>
Concepción	17	17	0	1	7
San Pedro	36	29	0	3	11
Cordillera	18	14	0	0	6
Guairá	19	17	0	1	5
Caaguazú	31	22	2	1	13
Caazapá	6	4	0	0	2
Itapúa	11	11	0	3	3
Misiones	0	0	0	0	0
Paraguarí	16	13	1	4	3
Alto Paraná	44	30	2	6	12
Central	64	49	0	8	21
Ñeembucú	19	16	2	5	7
Amambay	14	11	1	0	5
Canindeyú	11	9	1	1	1
Presidente Hayes	6	6	0	0	1
Boquerón	5	4	0	0	1
Alto Paraguay	2	2	0	0	1
Capital	12	12	0	1	3
<b>Total General</b>	<b>331</b>	<b>266</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>102</b>

Fuente: Programa Nacional de Control de la Lepra



## **CENTRO DE ESPECIALIDADES DERMATOLÓGICAS**

El Centro de Especialidades Dermatológicas fue construido como un Centro de Rehabilitación Quirúrgica para los casos de Lepra, en el año 1.992, resultado del Convenio Ampliatorio entre la Asociación Alemana de Asistencia al Enfermo de Lepra, y el Gobierno Nacional, ratificado por el Congreso Nacional mediante la Ley N° 181 del 19 de diciembre de 1.969. Cumplió con tales funciones hasta el año 2.009.

Por Resolución SG N° 1.093, del 22 de diciembre de 2009, fueron trasladados los consultorios y todas las dependencias asistenciales del Programa Nacional de Control de la Lepra, hasta el Centro, integrándose así los servicios y convirtiéndose en Centro de Referencia Nacional del Programa.

En enero del año 2.013, se ha obtenido un logro muy importante, el de crear el Centro de Especialidades Dermatológicas, (Resolución SG N° 43/2013), y convertirlo, además de centro de referencia nacional del Programa de Lepra, también en Centro de atención integral de enfermedades dermatológicas.

Con esta doble responsabilidad, se viene trabajando para la ampliación de los servicios y del edificio del Centro, reestructuración de los trabajos, y la adquisición de nuevas tecnologías que apunten a una mejor atención, pero principalmente se apuesta a una mejor y mayor capacitación al personal de salud para el manejo de la lepra, y otras enfermedades de la piel.

## **SERVICIOS PRESTADOS**

### **1. CONSULTORIOS.**

- **Consultorio de Lepra:** Actualmente se cuenta con un plantel de médicos capacitados para el diagnóstico y tratamiento integral del paciente con lepra. Esto se ha logrado mediante cursos de capacitación, reuniones anatomo clínicas, como así también de la participación en congresos nacionales e internacionales.  
**En el periodo se han registrado en el consultorio de lepra del CED, 206 casos nuevos, y han consultado en el mismo 1.385 pacientes conocidos con la enfermedad, totalizando 1.591 entre pacientes nuevos y aquellos que consultan con problemas relacionados con la enfermedad.**
- **Consultorio de Dermatología General:** Entre los años 2.011 y 2.012, se han contratado dos nuevos dermatólogos, con lo cual se ha aumentado considerablemente la cantidad de personas atendidas, lo cual también ha contribuido a una mayor captación de casos de lepra, debido a que los casos primarios acuden inicialmente como casos mal diagnosticados o no resueltos en otros servicios. A continuación se muestra la producción del periodo.



Distribución mensual de consultas dermatológicas, registradas en el Centro de Especialidades Dermatológicas, primer cuatrimestre año 2013.

<b>Consultas dermatológicas</b>	<b>Primer semestre</b>	<b>Segundo Semestre</b>	<b>Total</b>
<b>Nuevos</b>	2.570	2.053	<b>4.623</b>
<b>Conocidos</b>	6110	2611	<b>8.721</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas Centro de Especialidades Dermatológicas – Año 2013.

## **2. CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES**

Las cirugías y procedimientos realizados en el Centro, consisten en extracción de lunares, injertos de piel, corrección de cicatrices queloides y otros procedimientos, como así también de cirugías más complejas como las de corrección de labio leporino o paladar hendido que en promedio se realizan entre uno y dos casos mensuales.

Las cirugías y procedimiento realizados han sufrido un notable incremento conjuntamente con el aumento de los consultorios. En el periodo se han realizado un total de 308 cirugías y 45 procedimientos, se han remitido 282 muestras para biopsia a la Dirección de Anatomía Patológica del MSPyBS, y se han realizado 388 curaciones principalmente a pacientes con lepra.

Desde el año pasado se ha habilitado una sala de procedimientos en el Centro, y se ha dotado de nuevos equipos y mobiliarios para su optimización.

## **3. LABORATORIO**

Otro gran logro de este año fue la habilitación del laboratorio de microbiología del CED, integrándose al mismo un área de micología y otra de bacteriología, que si bien aún no funciona a pleno, ya se observan los resultados positivos en el mismo y cuya tendencia va en aumento. El cuadro 2 muestra los trabajos realizados en el laboratorio en el periodo.



Distribución mensual de actividades realizadas en el laboratorio del CED, por áreas- Año  
2014

Áreas	Primer Semestre	Segundo Semestre	Total
<b>1.Micología</b>	34	28	<b>131</b>
<b>2.Bacteriología (cultivos)</b>	58	44	<b>92</b>
<b>2.1Baciloscopías Total Laminas observadas</b>	754	668	<b>1.422</b>
<b>3.Muestras de sangre extraídas</b>	477	310	<b>787</b>
<b>4. Otros (Test de Tzanck, hisopado nasal, etc)</b>	8	10	<b>27</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas del Centro de Especialidades Dermatológicas.

Las baciloscopias realizadas constituyen las muestras extraídas en el Centro como así también las remitidas de los diferentes servicios asistenciales como ser la Catedra de Dermatología de la UNA, Interior del país y del Servicio de Dermatología del Instituto de Previsión Social, bajo las normas establecidas por el Programa Nacional de Control de la Lepra.

#### **4. RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE LEPPA.**

- La Red Nacional de Laboratorios de Lepra, fue implementada a principios de este año, y tiene como fin:
  - a) Integrar a los laboratorios del MSPy BS, a la Red Nacional de Laboratorios de lepra, en cuanto a la toma y procesamiento de muestras para baciloscopia.
  - b) Capacitar bajo las normas nacionales del Programa Nacional de Control de la lepra, a los diferentes laboratorios integrantes de la Red.
  - c) Descentralizar la atención y el diagnóstico de la enfermedad, principalmente en el interior del país.



- d) Realizar control de calidad de los trabajos de su competencia.
- Con la implementación de la Red Nacional de Laboratorios de lepra, se ha elaborado además su **Primer Manual de Normas y Procedimientos de Laboratorio**, a ser utilizado a nivel nacional. Si bien la Red Nac. de Laboratorios, se halla aún en etapa de organización, ya se han realizado los trabajos que se detallan a continuación:
    - a) Supervisiones a: Laboratorio Regional del Departamento de Cordillera, y la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, derivando en:
      - Capacitación a tres funcionarios de salud (2 bioquímicos, y técnico de laboratorio)
    - b) Se tiene previsto realizar supervisiones y capacitaciones en el mes de mayo a los laboratorios del Hospital Nacional de Itauguá y al Instituto de Medicina Tropical.

## 5. EDUCACION Y CAPACITACION.

- Este Departamento está a cargo de una licenciada encargada exclusivamente de dichas tareas. Viene mostrando un notable aumento y las actividades consisten en charlas a pacientes y usuarios que acuden al Centro, como así también a estudiantes de secundaria y tecnicaturas en salud que actualmente demuestran más interés en conocer la enfermedad.
- En el periodo se han realizado 188 charlas, con una participación total de 2.465 personas
- En el servicio se han realizado actividades de docencia a 467 alumnos de la Carrera de Medicina, y se espera habilitar la residencia médica en dermatología el próximo año.
- Se ha elaborado un calendario tentativo de charlas que serán ejecutados dentro del Salón Auditorio del Centro de Especialidades Dermatológicas.

## 6. DOCENCIA E INVESTIGACION.

- Esta actividad ha traído mucho orgullo a nuestro servicio por el interés demostrado por la Universidad Nacional de Asunción y la Universidad Católica en formar a los futuros médicos en el diagnóstico y tratamiento de la lepra, lo cual nos ha fortalecido como Institución.
- El año pasado han rotado por el CED, residentes de dermatología del Hospital Nacional de Itauguá y de la Catedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, y se ha repetido nuevamente este año.  
Hasta la fecha se desarrollaron 56 actividades de docencia, con la participación de 467 estudiantes de medicina.



- En el mes de junio se realizó en el CED, el **Segundo curso internacional de Micología**, en el cual se expusieron trabajos del Programa Nacional de Control de la Lepra y el CED, el Instituto de Medicina Tropical, el Hospital Nacional de Itaugua, la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas de la UNA, y el Instituto de Previsión Social, además de contar como disertante principal al Prof. Dr. Roberto Arenas, quien se desempeña como Jefe del Departamento de Micología del Hospital General GEA González de Mexica DF
- Las actividades de investigación consisten en reuniones anatomoclinicas, realizadas una vez por mes con profesionales del CED, y otras Instituciones invitadas.

#### INVERSIONES

Desde el año 2.010, se han realizado fuertes inversiones en la Infraestructura edilicia y el equipamiento del Centro de Especialidades Dermatológicas, y para este año se presente ampliarla aún más; con la reestructuración total del laboratorio de microbiología para adecuarlo a las normativas legales vigentes, un moderno y eficaz sistema de prevención de riesgos a ser implementado en todo el edificio, habilitación de un internado para niños, y la reestructuración de los internados para adultos.

La Inversión económica del MSP y BS, en en edificio del CED, entre los años 2.010 al 2.014, asciende a Guaraníes 755 millones, y para este periodo se dispone de un proyecto evaluado en 328 millones de Guaraníes para la ampliación del servicio

### TABLA – INDICADORES DE CUMPLIMIENTO SEGÚN AÑOS

INDICADORES		2011	2012	2013	2014
<b>CONSULTORIO EN GENERAL</b>					
1	TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS	8128	16.390	14.158	12.365
2	TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS	61.25	12.824	10.415	6.088
<b>CONSULTORIO EXTERNO (*)</b>					
3	TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS REALIZADAS	0	0	1.636	1.838
4	TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS EN CONSULTORIO EXTERNO	0	0	1102	945



<b>SERVICIO DE HOSPITALIZACION(INTERNACION)</b>					
<b>INTERNACION DE CIRUGIAS</b>					
20	N° DE CAMAS	8	8	8	8
21	N° DE PACIENTES INTERNADOS	219	144	438	364
23	INTERVENCIONES QUIRURGICAS MENORES	236	209	563	308
24	ANESTESIA REALIZADAS POR MEDICOS	236	209	563	308
<b>NUMERO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>					
41	LABORATORIO - DETERMINACIONES (**)	1294	3374	5762	787
44	OTROS - BACILOGRAS	987	896	1726	1422
44	OTROS - MICOLOGÍA	0	0	247	447
<b>RECURSOS HUMANOS</b>					
45	N° TOTAL DE RRHH	41	43	46	41
46	N° DE MEDICOS	6	6	9	9
47	N° DE ENFERMERAS	9	11	12	10
48	N° DE ADMINISTRATIVOS	8	8	9	8

(\*) El consultorio externo consiste en la atención de pacientes de lepra, realizados en el Hospital Menonita Km 81 y un Encargado del Programa de Lepra

(\*\*) Desde el año 2.014., la química sanguínea se remite al Laboratorio del Hospital Materno Infantil de San Lorenzo.



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

  
**GOBIERNO NACIONAL**  
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

# **PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PAI**

*Paraguay*

**2014**



## **PROGRAMA PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

### **Principales Logros**

- **Culminación de nueva estructura edilicia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**
- **Gestión iniciada para licitación de traslado de cámaras de vacunas**
- **Gestión iniciada para licitación de compra de nuevas cámaras de vacunas**
- **Actualización de material impreso: Libretas de Salud del niño y la niña; certificados de vacunación; formularios PAI**
- **Microplanificación para inicio de campaña de vacunación por microterritorios**
- **Campaña Nacional de Vacunación contra el Sarampión y la Rubeola 2014- Certificación Internacional de Paraguay libre de Sarampión y Rubeola**
- **Control del cumplimiento de puesta al día del movimiento de biológicos exigiendo la rendición de cuentas de vacunas por servicios de salud y no por presentación regional**
- **Entrega de vacunas por programación regional en tres tandas anuales y control de los movimientos de biológicos para generar nuevas entregas**
- **Sistema PAI Visual con incorporación de los esquemas de vacunación para la Campaña Nacional de Vacunación 2014**
- **Control de Calidad de los datos**
- **20.000 niñas de otras cohortes de edades beneficiadas con la vacuna contra el VPH**
- **Obtención de vacunas contra el VPH una vez recibida la confirmación de OPS que el Fondo Rotatorio no compraría ningún tipo de vacuna contra el VPH**
- **Plan de Acción Mundial para las Vacunas**
- **Actualización de las normas de vacunación del PAI para inclusión de nuevo esquema durante el año 2015**





# DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

*Paraguay*

**2014**



## **DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

### **MEMORIA DVENT - 2014**

#### **1- Introducción**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen una amenaza para la salud pública y el desarrollo, ya que son las principales causas de mortalidad y morbilidad, además de contribuir a un elevado gasto en la atención de salud a nivel mundial.

Las ENT comprenden diversas patologías, entre ellos las más devastadoras son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Los factores de riesgo comunes son el consumo de tabaco, el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y el sobrepeso, especialmente en la infancia.

En nuestro país, desde hace varios años las ENT representan las 5 primeras causas de muertes y 26% de las muertes prematuras. La última encuesta nos muestra que la prevalencia de los factores de riesgo siguen aumentando aceleradamente, tanto que el sobrepeso representa 57%, la inactividad física 75%, la alimentación inadecuada 84%, tabaquismo 14% y el consumo abusivo de alcohol 50,9%. Por otro lado existen fuertes evidencias que con intervenciones eficaces, oportunas y con abordaje multisectorial se puede lograr la prevención y el control de estas enfermedades.

#### **2- Visión**

Lograr que la prevención de los factores de riesgo y la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo reduzcan la morbimortalidad por enfermedades crónicas en la población paraguaya

#### **3- Objetivo**

Establecer la estrategia integrada de prevención y vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles, a través de la preservación de la salud y la promoción de estilos de vida saludables dirigida a la población general con enfoque de ciclo vital y la prevención de las Enfermedades No Transmisibles para la población con factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo, mediante cambios conductuales basados en una alimentación y nutrición adecuada casi como la practica regular de actividad física, a fin de lograr una mejor calidad de vida de la población.

Además se implementará la vigilancia sistemática de los factores de riesgo y las Enfermedades No Transmisibles.



## 4- PRINCIPALES LOGROS

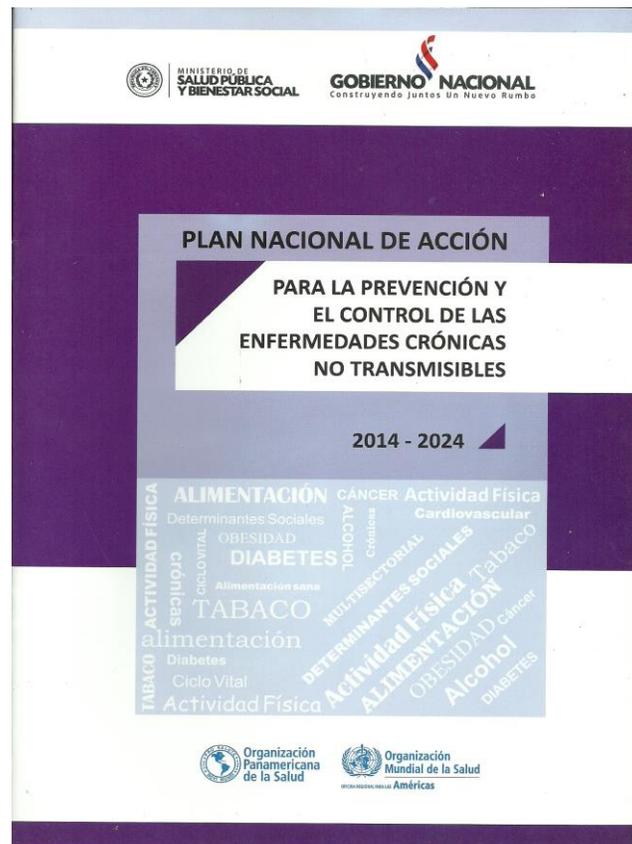
### 4.1- Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014 - 2024

Se realizó el lanzamiento y la socialización del Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014 – 2024 el 23 de octubre en el Hotel Excelsior de Asunción

El Plan de Acción contiene una estructura en cuatro áreas estratégicas que definen el ámbito de acción; Cuenta con un eje que define las líneas de acción a seguir e incluyen estrategias que abarcan la promoción de la salud y el control de los factores de riesgo, el manejo integrado de las ECNT basado en la evidencia, así como la vigilancia y la gestión, con los objetivos generales y específicos con sus respectivos indicadores de resultado y fuentes de información.

Se determinan las políticas que apoyan y respaldan estas iniciativas que serán implementadas por ciclo vital, e incluyen un enfoque desde los determinantes de la salud.





**Documento impreso del Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.**

#### **4.2- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

Se conformó el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles integrados por el Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Educación y Cultura, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría Nacional de Deportes, Facultad de Ciencias Médicas de la UNA, Facultad de Química de la UNA, Sociedades Científicas de Cardiología, Diabetología, Escuela Nacional de Educación Física y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del INAN, Programa Nacional de Diabetes, Programa Nacional de Control Cardiovascular, Dirección General de Promoción de la Salud.

Este Consejo estará conformado por Decreto del Poder Ejecutivo.

#### **4.3- Talleres de Capacitación de Pausa Activa Laboral, dentro del marco del Proyecto de Ambiente de Trabajo Saludable.**

Se efectuaron talleres de Pausa Activa Laboral para líderes o facilitadores en locales de las empresas participantes dentro del Proyecto que se desarrolla conjuntamente con el Programa Nacional de Diabetes

#### **4.4 Proyecto de Universidad Saludable:**

Es una intervención que trabaja sobre los componentes de Alimentación Saludable, Actividad física y Ambiente libre de tabaco en las Universidades, con el fin de disminuir la prevalencia

de los 5 factores de riesgo más frecuentes en nuestro país: bajo consumo de frutas y verduras, baja actividad física, sobrepeso y obesidad, consumo nocivo de alcohol y tabaquismo.

Como acción de intervención para fortalecer la adherencia a estilo de vida activo se propone la implementación de una ruta de caminata de 3000 pasos, equivalente a 2,4 km., con duración de 30 minutos y estaciones de pausa a los 500,1000,1500,2000,2500 y 3000 pasos señalizado con carteles de mensajes educativos referentes a los factores protectores de salud a fomentar.



#### **4.5- Implementación de Senderos Saludables**

Se implementaron físicamente dos senderos saludables, en la Facultad de Ciencias Químicas de la UNA y en el Hospital Neurosiquiatrico



#### **4.6- Conversatorios Nacional de Jóvenes para factores protectores de la salud**

Se instala los conversatorios con autoridades públicas y privadas para lograr una plataforma de trabajo permanente que permita desarrollar los temas de ENT

#### **4.7- Capacitación Internacional para profesionales de la Salud y la Educación Física**

Se realizó en el mes de setiembre en el Instituto Nacional de Salud, una capacitación internacional sobre Actividad Física para profesionales de la salud, con la participación del Dr. Oscar Incarbone, Director del Programa de Lucha contra el Sedentarismo del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina.



#### **4.8- Manual de Actividad Física con Enfoque en el Ciclo Vital**



Se elaboró el Manual de Actividad Física con Enfoque en el Ciclo Vital para las capacitaciones de los promotores de salud de las Regiones Sanitarias

#### **4.9- Cumplimiento de la Reglamentación del contenido de Sal (Cloruro de Sodio) en productos panificados de Consumo Masivo.**



Se realizaron reuniones entre direcciones del Ministerio de Salud integrado por INAN, PND, DVENT y la Universidad Nacional de Asunción integrado por la Facultad de Ciencias Químicas y sus Carreras de Nutrición, tecnología de alimentos y Farmacia con el fin de dar cumplimiento a las estrategias de intervención poblacional y trabajar en la reglamentación del contenido de Sal en productos panificados.

#### **4.10- Iniciativa de reducción del consumo de sal en la población adulta de Asunción**

Se presenta el protocolo para la determinación de contenido de sodio en orina de personas adultas con Diabetes de Asunción.

Se realiza un cuestionario sobre la alimentación diaria, el consumo habitual de sal, y la práctica de actividad física y se evalúa el estado nutricional y las mediciones antropométricas como: peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura.

Conocer el consumo de sodio en la población adulta tiene la finalidad de buscar estrategias para llegar al consumo mundialmente recomendado de 5 gramos por día de sal.

#### **4.11. Actividades de Socialización de la reducción del Consumo de Sal en la población 5gr/día/persona, y política de actividad física y consumo nocivo de alcohol**

Presentación del Stand en el Neurosiquiátrico por la implementación del proyecto de empresas saludables, con temas relacionados al consumo de sal, sedentarismo y consumo de alcohol

Presentación de Stand en el Día Mundial de la Actividad Física en la Secretaría Nacional de Deportes para la socialización de la reducción del consumo de sal en la población, actividad física y consumo nocivo de alcohol

Día Mundial de la Actividad Física en el Paraguay 2014



**4.12. Participación en la V Muestra Nacional de Epidemiología, organizada por la Dirección General de Vigilancia de la Salud, con el lema “Epidemiología y los Determinantes Sociales de la Salud un desafío de este año, relacionado con las Enfermedades No Transmisibles, tocando los siguientes temas.**



- Abordaje de las ECNT desde los determinantes sociales
- El desafío de la obesidad en el Paraguay
- Comunidad protectora de calidad de vida
- Determinantes sociales que intervienen en el consumo de tabaco entre adolescentes de Asunción
- Situación epidemiológica de la insuficiencia Renal Crónica
- Vigilancia de cáncer en el Paraguay y sus desafíos
- Ambiente laboral con Estilos de Vida Saludables
- Cantina Escolar Saludable
- Política de Promoción de Actividad Física
- Determinantes sociales de la violencia y siniestros viales.



4.13- Reglamentación de la Ley 3109/06 que adopta el Símbolo internacional de productos alimenticios “sin gluten”, aptos para enfermos celíacos y se arbitran las medidas de control y ejecución de su uso.

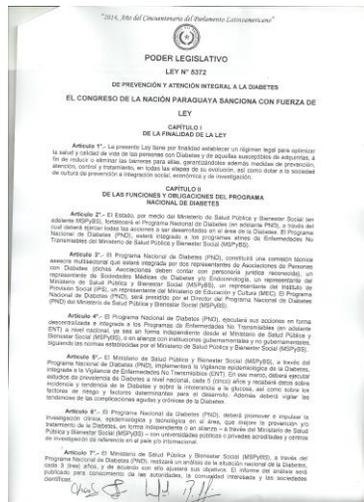
Se conforma el Comité Interinstitucional para la Reglamentación de la Ley 3109/06, con representantes del Ministerio de Industria y Comercio, la Secretaria Nacional de Defensa del Consumidor, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Dirección General de Asesoría Jurídica y la DVENT.

4.14- Participación en la implementación del MECIP

La DVENT forma parte activa del proceso de implementación del MECIP a través de sus funcionarios. Se participó en las reuniones presenciales de capacitación y en el curso virtual a través de la DENERHS

4.15 Aprobación de la Ley de Diabetes

Se aprueba la Ley de Diabetes por Ley N° 5372 de fecha 1 de diciembre de 2014-12-09





## **5- Dificultades**

Las principales dificultades se relacionan con los obstáculos para el cumplimiento de los objetivos como ser:

- Los inconvenientes en la ejecución presupuestaria, que complica el disponer de los insumos y materiales necesarios para el cumplimiento normal de las actividades programadas
- No disponer del móvil para facilitar las actividades

## **6- Desafíos para el año 2014**

En el año 2015 se planifica cumplir con todas las acciones programadas y ejecutar las metas y objetivos definidos en el Plan Nacional de Acción para la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014 - 2024.

Ejecutar los Proyectos de Enfermedades No Transmisibles

## 7- Plan financiero

**Tabla4: Ejecución Presupuestaria del 2011-2012-2013-2014**

### Ejecución Presupuestaria del 2011-2012-2013-2014

Presupuesto	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Asignado	712.001.003	1.537.127.928	2.092.605.747	1.946.653.362
Ejecutado	501.947.343	537.858.186	323.819.003	656.390.626
%	70,5	35,0	15,5	33,7

**Institución: Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles**

Presupuesto Vigente: **1.946.653.362**

Presupuesto Ejecutado: **656.390.626**

**Tabla 2: Ejecución Presupuestaria según metas, cumplimiento y presupuesto asignado**

Programa/Proyecto	PRESUPUESTO		% Ejecución Presupuestaria	Fuente de Financiamiento
	Monto Presupuestado	Monto Ejecución Presupuestaria		
<b>100 SERVICIOS PERSONALES</b>	825.461.285	485.271.868	59	10
<b>200 GASTOS POR SERVICIOS Y ADQUISICIÓN DE INSUMOS</b>	784.042.461	153.458.222	20	10
<b>300 BIENES DE CONSUMO E INSUMOS</b>	109.253.200	11.688.386	11	10
<b>500 GASTOS DE INVERSIÓN</b>	227.896.416	5.972.150	3	10



<b>PLAN FINANCIERO POR RUBRO E INSTITUCION</b>																		
O.G	S.O.G	F.F	O.F.	DPTO	Plan Financiero Vigente	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL ANUAL
120	123	10	1	99	37.481.851	-	-	1.491.012	901.542	1.015.969	1.040.241	1.040.241	-	1.768.409	1.005.566	-	-	8.262.980
130	133	10	1	99	240.163.585	-	21.830.660	20.338.680	19.051.100	18.102.200	19.933.300	19.933.300	19.933.300	19.933.300	19.933.300	-	-	178.989.140
140	142	10	1	99	355.049.715	15.140.680	21.379.068	23.180.000	24.180.000	18.840.000	21.840.000	12.900.000	12.900.000	12.900.000	12.900.000	-	-	176.159.748
140	144	10	1	99	192.766.134	14.321.000	15.664.000	13.726.000	15.510.000	15.765.000	14.474.000	6.900.000	10.200.000	7.650.000	7.650.000	-	-	121.860.000
230	230	10	1	99	136.080.000	-	-	-	-	-	-	-	21.066.773	4.324.896	255.112	-	-	25.646.781
240	240	10	1	99	74.274.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
250	250	10	1	99	12.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	5.075.060	2.671.920	-	-	7.746.980
260	260	10	1	99	477.688.461	-	-	-	-	-	-	-	-	15.280.000	104.733.461	-	-	120.013.461
280	280	10	1	99	84.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	51.000	-	-	-	51.000
310	310	10	1	99	4.026.000	-	-	-	4.026.000	-	-	-	-	-	-	-	-	4.026.000
330	330	10	1	99	2.970.000	-	-	-	-	-	-	-	-	81.788	425.300	-	-	507.088
340	340	10	1	99	17.873.200	-	-	-	1.014.245	-	-	-	-	176.858	4.270.655	-	-	5.461.758
360	360	10	1	99	84.384.000	-	-	-	-	-	-	-	-	1.687.680	5.860	-	-	1.693.540
530	530	10	1	99	177.446.016	-	-	-	-	-	-	-	2.500.000	174.890	2.113.040	-	-	4.787.930
540	540	10	1	99	50.450.400	-	-	-	-	-	-	-	-	1.184.220	-	-	-	1.184.220
					<b>TOTALES</b>	29.461.680	58.873.728	58.735.692	64.682.887	53.723.169	57.287.541	40.773.541	66.600.073	70.288.101	155.964.214	-	-	656.390.626



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

**GOBIERNO NACIONAL**  
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

# PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES

*Paraguay*

**2014**



## **PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES**

### **Introducción**

La Diabetes Mellitus es un creciente problema de salud a nivel mundial, constituyéndose sobre todo en un problema de salud Pública, esto se debe a la elevada morbi-mortalidad que posee, a los altos costos de su tratamiento más aún si están presentes las complicaciones crónicas y a su gran prevalencia, actualmente existen aproximadamente 240 millones de personas con Diabetes en el mundo y para el año 2025 esta cifra alcanzaría los 380 millones y el mayor aumento se produciría en los países en vías de desarrollo. Otros factores que influyen para su carga a nivel de la Salud Pública, es su elevada morbilidad, la posibilidad de generar discapacidad y mortalidad prematura, así como el alto costo del tratamiento

En nuestro país la prevalencia de Diabetes en adultos es de 9,7%, una situación previa a la diabetes es decir pre-diabetes 17%, existe un 57,6% de sobrepeso y obesidad, 74,5% de sedentarismo, en la población de niños y adolescentes 57% son sedentarios y 20% presentan obesidad y 35% de susceptibilidad genética, todo lo cual ubica a nuestro país en una categoría de alto riesgo para el desarrollo de diabetes. La prevalencia de Diabetes en embarazadas es del 4,6% y la diabetes en niños de 0-15 años la incidencia es de 0,9/100.000/año.

No obstante todo lo anterior, hoy día existen evidencias científicas que demuestran que una acción oportuna en las personas con riesgo puede prevenir la Diabetes como así un tratamiento temprano y adecuado de la diabetes y de los factores de riesgo reducen significativamente la incidencia de la complicaciones crónicas de la diabetes.

### **Visión**

Mejorar la Salud y Calidad de Vida de las personas susceptibles y con Diabetes Mellitus del Paraguay.

### **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.



### **Principales Logros**

**Iniciativa Ambiente Laboral con Estilo de Vida Saludable:** Se aborda la problemática de la práctica de hábitos saludables en el ambiente laboral. Las personas pasan gran parte de su día en el ambiente laboral por lo que ofrece una oportunidad para implementar y practicar hábitos saludables. El proyecto se realiza en empresas de Asunción y área Metropolitana en 3 etapas, la primera etapa de evaluación de los riesgos de salud de la población trabajadora de la Empresa seleccionada y la conformación de un equipo de gestión interno. La segunda etapa de capacitación a través de charlas y talleres dirigidos al personal sobre temas específicos como:

- Alimentación saludable
- Ambiente 100% libre de humo de tabaco
- Pausas activas laborales
- Manejo del estrés
- Prevención de enfermedades crónicas y detección temprana de las mismas

La tercera y última etapa comprende el monitoreo de las actividades desarrolladas por los equipos de gestión motivados y capacitados

Se trabajó con 11 empresas públicas y privadas en el año 2014. Se realizaron evaluaciones integrales a 199 funcionarios sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Se capacitaron a 499 funcionarios de las empresas, 17 talleres de capacitación, 16 visitas de monitoreo, Total de Empresas: 34 en Asunción y Área Metropolitana

**Proyecto implementación del Modelo de Cuidados Crónicos (MAEC):** Finalidad: Atención integral a personas con Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) y sus Factores de Riesgo mediante el desarrollo del Modelo de Cuidados Crónicos (MCC). Las regiones donde ya se han iniciado los trabajos en este modelo son:

1. Caaguazú
2. Cordillera (en forma conjunta con el Programa Nacional de Prevención Cardiovascular)
3. Central (en forma conjunta con la XVIII Región Sanitaria)
4. Itapúa (en forma conjunta con el Programa Nacional de Nefrología)

Durante las mismas se ha logrado capacitar a **358** profesionales de la salud. En proceso de implementación en las Regiones Sanitarias, 388 profesionales de la salud capacitados, 10 jornadas de capacitación realizadas.



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

Cabe destacar que este proyecto fue presentado a la World Diabetes Foundation (WDF) siendo aprobado con un aporte para nuestro país en fondos que serán administrados por la OPS/OMS Paraguay y que se iniciara su implementación en el mes de marzo del 2015, teniendo como duración 2 años

**Proyecto Comunidades educativas saludables (escuelas saludables): Finalidad:** Se aborda la problemática de la alimentación saludable en las Escuelas, con la participación de diferentes integrantes de la comunidad educativa, del Equipo de Salud local y de los Equipos de Padres organizados (ACES), en la construcción de hábitos alimentarios saludables sumando a las cantinas escolares de las instituciones para complementar lo anterior, modificando la oferta de productos que se venden en cantinas y kioscos escolares (Cantinas Saludables).

Los niños y adolescentes como sujetos en edad escolar con capacidad de pensar y elegir, tiene derecho a una alimentación saludable por tal motivo es necesario que los kioscos y cantinas escolares les ofrezcan alimentos nutritivos y no dañinos para su salud.

Se suman a nuestra propuesta los padres y docentes como destinatarios, ya que deben conocer sobre alimentación al ser los responsables de la salud de sus hijos.

El proyecto se realiza escuelas de Capital y 3 regiones Sanitarias (Itapúa - Ñeembucú y Caaguazú) en **3 etapas**, la **primera etapa** abarca la concienciación y capacitación de las personas involucradas de desde el mes de marzo a mayo de 2014. La **segunda etapa** de Mayo a Junio de 2014 con charlas educativas y Jornadas de Capacitación a profesores de aula y profesores de educación física en las escuelas que dispongan de ello sobre la importancia de la actividad física. La **Tercera** y última etapa comprenderá de junio a noviembre con el monitoreo de las cantinas en las Instituciones donde se ha implementado la estrategia. **Personas capacitadas de Instituciones públicas y subvencionadas:** Capacitaciones a directores, docentes y padres de familia sobre el manual del Cantinero, Personas capacitadas: 219, Asunción: 168, Itapúa: 19, Alto Paraná: 32. **Talleres de Capacitaciones en Instituciones públicas y subvencionadas:** Talleres de capacitación sobre el Manual del cantinero, Jornadas realizadas: 7 , Asunción: 5, Itapúa: 1, Alto Paraná: 1. Monitoreo de Cantinas escolares capacitadas: Visita de monitoreo a las cantinas escolares de las Instituciones educativas que participaron del proyecto, Monitoreos realizados: 27, Asunción: 26, Itapúa: 1. Reconocimiento y Certificación de las Cantinas escolares: Reconocimiento a las cantinas escolares que fueron evaluadas por el equipo intersectorial de verificación (MSP-BS, MEC, Municipalidad de Asunción), Cantinas escolares con reconocimiento: 52

**Proyecto Comunidades promotoras de calidad de vida y salud (Comunidad Saludable):** Diagnósticos de las comunidades con la ayuda de los Agentes comunitarios, Captación de personas con perfil para ser capacitados como líderes comunitarios, Realización de capacitaciones y talleres para los líderes comunitarios, Comunidades incluidas: 2, actividades de EVS realizadas: 12, total de participantes: 4.950 personas



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

**Capacitación a Profesionales de la salud en el manejo de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones:** Este Curso ha sido incluido en el Curso de protocolos de Atención para APS el cual está siendo llevado a cabo por la DNERHS 5 profesionales del PND capacitados, El Modulo de Diabetes se realizó entre abril y mayo del 2014

**Implementación del proyecto de detección y manejo del pie diabético PASO A PASO camina Py:** 12 reuniones de coordinación realizadas. Protocolo nacional de pie en revisión. Formación del equipo multidisciplinario de Pie Diabético Paraguay, con miembros de la Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Previsión Social y Ministerio de Salud. En preparación el 1er Curso de manejo de pie Diabético para profesionales de la salud

**Proyecto de Prevención primaria y secundaria:** Teniendo en cuenta que la Diabetes Tipo 2 puede ser una entidad totalmente asintomática, surge la necesidad de realizar screening de factores de riesgo a fin de detectar personas con Diabetes no conocida y personas en riesgo de desarrollar Diabetes. Esta estrategia nos permite también detectar personas que se conocen diabéticas pero no están siguiendo un tratamiento adecuado y por tanto motivarlas a seguir controles periódicos en un centro asistencial. En este contexto el Programa Nacional de Diabetes ha realizado Jornadas de evaluación de factores de riesgo a personas de la población general a fin de detectar personas no conocidas diabéticas, personas con factores riesgo y personas conocidas diabéticas con mal control metabólico, 1.489 personas evaluadas. Atención médica, 3.683 personas atendidas. Educación a personas con Diabetes con el fin de prevenir las complicaciones crónicas de la enfermedad, 622 personas con diabetes educadas

#### **Dificultades**

Falta de vehículo, se solicitó a la Dirección de Transporte central y a otras direcciones, Dificultad en la coordinación de actividades con el Ministerio de Educación, se realizaron reuniones de coordinación y discusión de implementación del proyecto, Presupuesto para refrigerios de asistentes e impresión de materiales, Falta de recursos para llevar a cabo el curso de capacitación en pie diabético (aún no superado), Falta de medicamentos e insumos para cubrir las necesidades de los diferentes servicios asistenciales dependientes del ministerio de salud (superado) falta de materiales educativos: infocus, computadoras, rotafolios, materiales de apoyo. falta m de materiales : tallimetro, cinta métrica, trípticos educativos

#### **Desafíos para el año siguiente**

Dentro de los desafíos del año 2015 se encuentra el dar cumplimiento a la serie de estrategias que deben ser implementadas para lograr cumplir las metas propuestas en el nuevo plan de acción de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las que necesitan fortalecerse como el proyecto Comunidad saludable y la implementación progresiva del Modelo de Cuidados Crónicos



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**



*Dirección General de Planificación y Evaluación*



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

**Plan Financiero/Ejecución Presupuestaria del año 2014 según POA.  
Presupuesto de Gastos asignados en Detalle**

<b>100</b>	1.059.931.973
<b>200</b>	155.661.914
<b>300</b>	172.983.934
<b>500</b>	381.075.391
<b>Total</b>	<b>1.769.653.212</b>

**Tabla 3: Cantidad de Pacientes atendidos**

	<b>Año 2011</b>	<b>Año 2012</b>	<b>Año 2013</b>	<b>Año 2014</b>
<b>Nº de Consultas Centro de Salud 9</b>	<b>4.226</b>	<b>3.826</b>	<b>4.485</b>	<b>3.662</b>
<b>Nº de Personas educadas</b>	<b>1.948</b>	<b>1.538</b>	<b>1.260</b>	<b>1.378</b>
<b>Nº de personas controladas en factores de riesgo y glucemia capilar</b>	<b>5.502</b>	<b>1.562</b>	<b>1.265</b>	<b>1.544</b>
<b>Nº de profesionales de la salud capacitados</b>	<b>512</b>	<b>622</b>	<b>322</b>	<b>447</b>

Fuente: PND

**Tabla 4: Ejecución Presupuestaria del 2011-2012-2013-2014**

<b>Presupuesto</b>	<b>Año 2011</b>	<b>Año 2012</b>	<b>Año 2013</b>	<b>Año 2014</b>
<b>Asignado</b>	<b>1.456.151.661</b>	<b>2.013.214.232</b>	<b>1.966.077.046</b>	<b>1.769.653.212</b>
<b>Ejecutado</b>	<b>1.182.435.260</b>	<b>1.217.342.072</b>	<b>1.075.055.972</b>	<b>901.072.317</b>
<b>% Ejecución</b>	<b>81</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>51</b>



**Institución:** Dirección/Programa/Región/Hospital Especializado

**Presupuesto vigente:** 1.769.653.212

**Presupuesto ejecutado:** 901.072.317

**Tabla 2: Ejecución presupuestaria según metas, cumplimiento y presupuesto asignado**

Programa/Proyecto	PRESUPUESTO		%Ejecución Presupuestaria	Fuente de Financiamiento
	Asignación Presupuestaria	Monto Ejecución Presupuestaria		
100 SERVICIOS PERSONALES	1.059.931.973	829.687.419	78	F 10 – F 30
200 GASTOS POR SERVICIOS Y ADQUISICION DE INSUMOS	155.661.914	21.625.336	14	F 10
300 GASTOS DE INVERSION	172.983.934	46.079.762	27	F 10
500 INVERSION FISICA	381.075.391	0	0	F 10 – F 20

Fuente: Dirección Administrativa, Hospital.



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

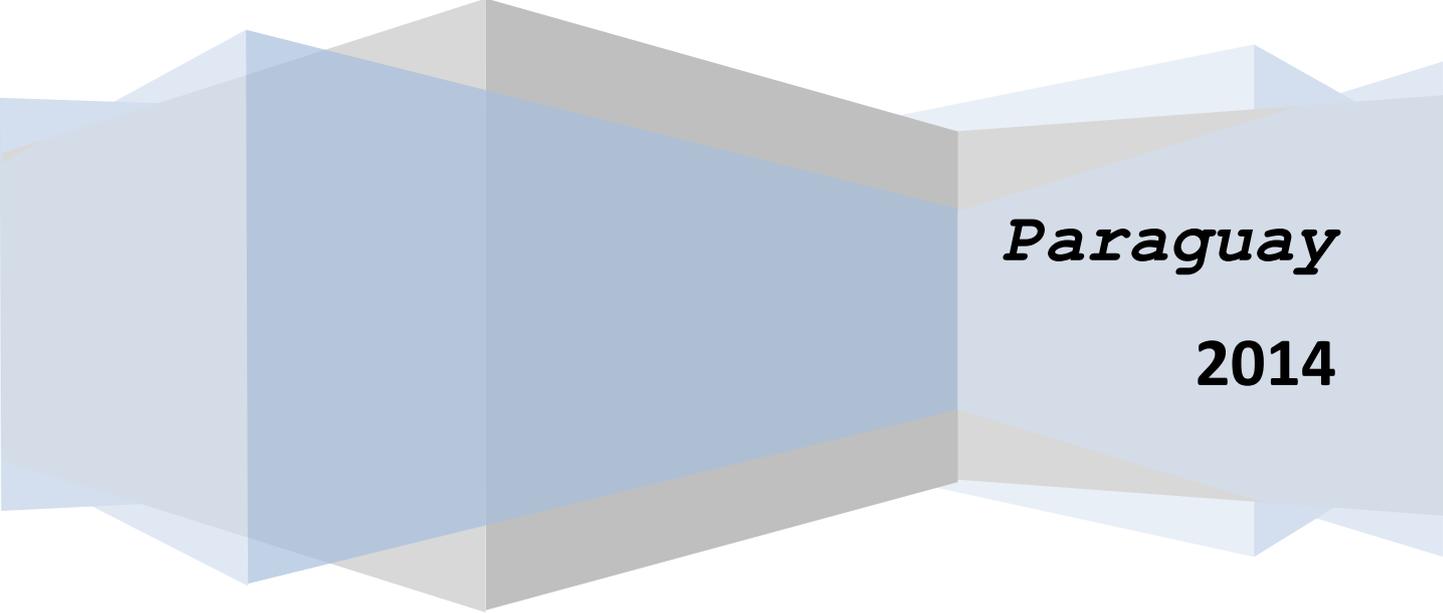
  
**GOBIERNO NACIONAL**  
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---



# PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR



*Paraguay*

**2014**

---



## **PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

### **INTRODUCCION**

La Situación de la salud en el Paraguay presenta un difícil panorama, los perfiles epidemiológicos muestran daños a la salud en toda la pirámide poblacional. Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la mayor causa de morbimortalidad en el país, mucha veces prevenibles adoptando estilos de vida saludable, a través de la educación de la población y el control sobre todo en los grupos más desprotegidos. Las enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares ocupan el primer lugar en mortalidad general, siendo el 27% del total en el año 2010 con tendencia a un franco aumento de la mortalidad en los últimos años. Por lo que creemos que debemos insistir en la educación de la población sobre todo la promoción y prevención de la salud cardiovascular de manera a aumentar las consultas en atención primaria que nos permita así; detectar en forma precoz a los pacientes con HTA y otros factores de riesgo y evitar que se compliquen.

### **MISION**

Proporcionar al paciente un servicio médico de calidad que le garantice su salud, prevenir las enfermedades cardio -cerebro vascular, tratando al paciente sin descuidar el entorno, trabajando en equipo e interactuando con distintos mecanismos para obtener el mejor resultado.

### **VISION**

Ser la mejor Institución que responda a las necesidades del País respecto a las enfermedades cardiovasculares y ECNT en el sector Publico, prestando atención integrada con énfasis en la promoción y prevención, siendo reconocida por la calidad médica, científica y humana, y pionera en la docencia e investigación en el área.

### **OBJETIVOS**

Concienciar a la Población en general a mejorar su Estilo de vida, adoptando aquellas que produzcan beneficios para la Salud y así eliminar factores de riesgo

Promoción, Prevención, Control, Vigilancia y evaluación de las enfermedades CV, ECNT y Factores de Riesgo Cardiovascular.

---



### **PRINCIPALES LOGROS**

- El alto número de personas con afecciones cardio y cerebro vasculares constituyendo el 27 % de todas las muertes en el País por año, la mayoría causadas por los malos estilos de vida que llevan a padecer de los FRCV más importante: HTA, diabetes, tabaquismo, sedentarismo. Etc. Todos prevenibles con un cambio de estilo de vida. Nuevo Enfoque de la Salud Cardiovascular
- Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en APS-USF, Policlínicas de Especialidades en ECNT, Vigilancia y Evaluación de las enfermedades Cardiovasculares y ENT.
- Con la elaboración de los manuales de HTA para adultos y niños, Guías de manejo de Club de HTA y el manual de Normas de evaluación cardiovascular en niños y adolescentes para la práctica deportiva escolar se podrá normalizar la evaluación de estos adultos y niños y no realizar gastos innecesarios así mismo para mejorar la detección y el manejo adecuado de problemas cardiovasculares, además de actualización científica a los médicos a fin de seguir una normativa a nivel País.
- Con la Adquisición de equipos médicos para estudios Cardiovasculares se pudo mejorar la cobertura y disponibilidad de estudios cardiovasculares a nivel País.

### **LIMITACIONES SUPERADAS**

- Se realiza la autogestión para la realización de las actividades, consiguiendo apoyo externo de empresas privadas y de proyectos con el Viceministerio de Salud.
  - Compras de aparato de presión adecuado para la edades de 5 a 15 años.
  - Necesidad de la ampliación edilicia del programa nacional de prevención cardiovascular
-



**AREA ASISTENCIAL:**

**PRINCIPALES ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO:**

**471 ATENCION INTEGRAL E INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES      CARDIOVASCULARES**

- Entre los meses de Enero a Diciembre del Año 2014 se han registrado 15830 atenciones en consultorio ambulatorio a personas en las Policlínicas de ECNT que corresponde al PNPC.
- Se han realizado 16444 estudios auxiliares de diagnóstico, como el ECG, ECO, ECO CAROTIDA, ECO STRESS, ERGOMETRIA, MAPA, HOLTER
- Se han realizado 2199 estudios de Ecocardiograma proyecto denominado ECO MOVIL en las regiones de Guaira, Santani,Paraguari, Cnel Oviedo, Villa Hayes, Caacupe, Pilar y Misiones.
- Se ha dado cobertura de estudios de ECOCARDIO MOVIL EN TERAPIAS ADULTOS DE LOS HOSPITALES DE EMERGENCIAS MEDICAS, INERAN, LACIMET Y EMERGENCIA MEDICA registrandose 400 estudios.
- En total se han registrado 50339 atencion medica a Personas

**775 PREVENION PROMOCION Y CAPACITACION DE LAS ENFERMEDADES**

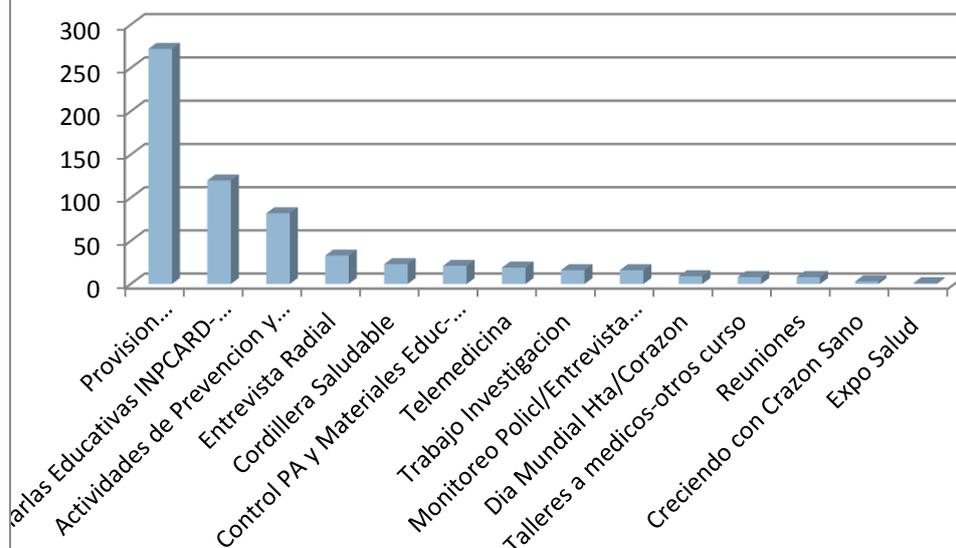
- Se han llevado a cabo en el año 2014, 631 actividades de Prevencion y promocion de las, tales como charlas educativas, Jornadas de detección de HTA, entrevistas radiales televisivas y artículos publicados en prensa escrita, etc, para la concienciacion de la poblacion sobre la importancia del cuidado de la salud cardiovascular
  - Se han realizado controles de FRCV de prevencion en Niños y adolescentes de entre 5 a 15 años en 5 centros asistenciales de salud Hospital Regional de Misiones, Hospital San Pablo, Hospital de Trinidad, CS N° 3 y CS N° 8, a través del proyecto creciendo con un corazon sano
  - Proyecto Cordillera Saludable en la III Region Sanitaria. FASE I Implementación de sistema de registro de factores de riesgo cardiovasculares y de ECNT de la región.
  - Se ha Socializado en todas las regiones sanitarias del Pais los manuales de HTA Adultos y las Guías de Manejo del Club de HTA en niños.
  - Participacion con presentacion de Exposicion en V MUESTRA EPIDEMIOLOGICA Evento organizado por Direccion Gral. De Vigilancia de la Salud con los Sgtes Temas.
  - Avances de la Telemedicina Cardiovascular
  - Plan de Accion de las Enfermedades Cardiovasculares en la III RS.
-



## LOGROS Y SEGUIMIENTOS DE LOS TRABAJOS DEL PNPC 2009-2014

- CAPACITACIONES
- JORNADA DE PREVENCIÓN
- DIAS MUNDIALES
- ECO MOVIL- CARDIO UTI
- OPERATIVO CAACUPE
- TELEMEDICINA COBERTURA 13 REGIONES SANITARIAS Y 21 SERVICIOS DE SALUD.
- PROYECTO PENITENCIARIA - PREVENCIÓN CV
- CORDILLERA SALUDABLE
- CONVENIO PNPC-SPC
- PROGRAMAS RADIALES-TELEVISIVAS-ESCRITA
- ADQUISICIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS
- PROYECTO CRECIENDO CON UN CORAZÓN SANO
- **PROYECTO MOVIL CARDIOVASCULAR 2015**
- **CURSO VIRTUAL DE ECG- DNERHS**
- **REALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA FICHA ELECTRÓNICA CARDIOVASCULAR**
- **EQUIPAMIENTOS DE 6 POLICLINICAS ECNT**

### Actividades Desarrolladas en el año 2014 por el PNPC-AA





## LOGROS



### ❑ INVERSION:

HABILITACION DEL LOS CONSULTORIOS Y ESTUDIOS CARDIOLOGICOS MAPA –HOLTER-ERGOMETRIA Y ECOCARDIOGRAMA DOPLER COLOR EN EL AREA ASISTENCIAL DEL PNPC, UBICADA EN EL DPTO CENTRAL CIUDAD DE YPANE. ACTUALIZAR CONVENIO MSPYBS-GOBERNACION DPTO CENTRAL- MUNICIPALIDAD YPANE.



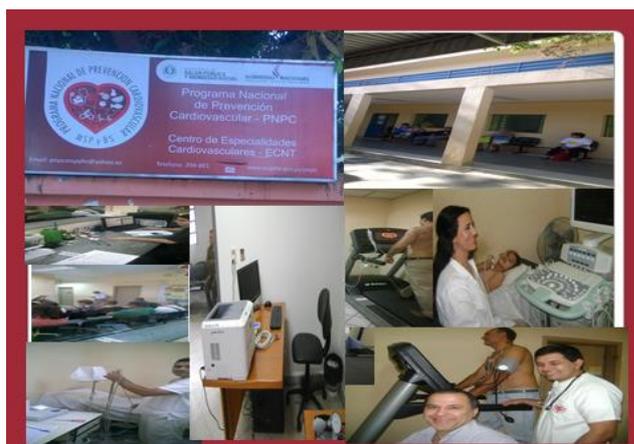
**2) CULARES- ECNT CENTRAL YPANE**

**AREAS ASISTENCIALES DEL PROGRAMA:**

**1) CENTRO DE ESPECIALIDADES CARDIOVASCULARES –ECNT CENTRAL YPANE**



**2)- CENTRO DE ESPECIALIDADES CARDIOVASCULARES –ECNT CAPITAL**





**Tabla 1: Indicadores de cumplimiento según años – PNPC**

INDICADORES			2009	2010	2011	2012	2013	2014
N°								
1		CONSULTAS TOTAL	12803	18685	24295	23165	19222	15830
2		Nº de HTA	4363	6228	8933	8819	8921	7000
3		ECOCARDIOGRAMA DOPPLER	4078	6876	7731	9627	7960	6205
4		ERGOMETRIA	118	257	373	389	327	241
5		HOLTER 24 HS	284	610	464	504	641	626
6		ECOCARDIOGRAMA MOVIL CARDIO UTI	0 0	0 0	200 0	3087 0	2865 240	2199 400
7		MAPA	0	35	71	54	22	74
8		ELECTROCARDIOGRAMAS	6748	19635	23219	27341	10292	9298
9		ECG TELEMEDICINA	0	0	0	0	0	8466
10		Nº DE RRHH TOTAL	77	76	83	86	86	86
11		Nº DE MÉDICOS	25	30	39	42	42	43
12		Nº DE ENFERMERAS	18	17	19	20	20	20
13		Nº DE ADMINISTRATIVOS	34	29	25	26	26	26





CAPACITACION

DOCENCIA



• ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION CARDIOVASCULAR



ACTIVIDAD CRECIENDO  
CON UN CORAZON SANO





- **PROMOCION - PREVENCION Y CAPACITACION**
- **DIA MUNDIAL DE LA HTA Y CORAZON 2014**





**DIA MUNDIAL DE LA HTA  
JORNADA CIENTIFICA**



**• ACTIVIDAD DIA MUNDIAL  
DE LA HIPERTENSION**

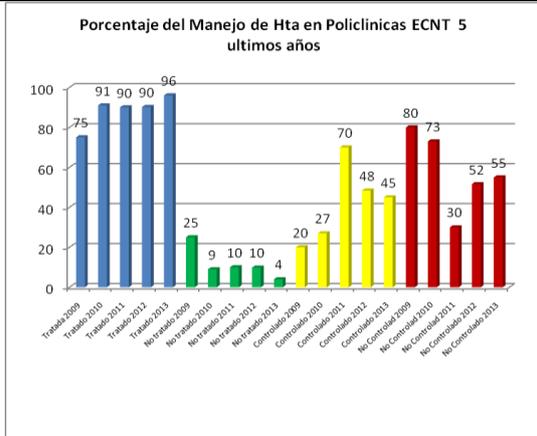


**• ACTIVIDAD INSTITUCIONAL - IPS-**

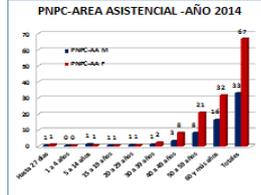




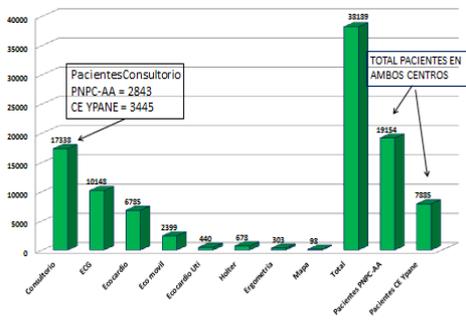
Dirección General de Planificación y Evaluación



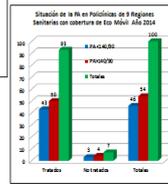
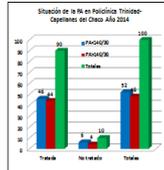
Distribución Percentual por Sexo y Grupo Etario de los Pacientes por Establecimiento de Salud



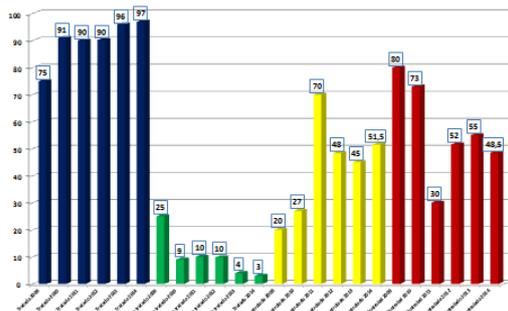
ATENIONES REALIZADAS POLICLINICAS : PNPC-AA Y CE YPANE AÑO 2014



Tratamiento de la PA-Policlinicas Capital e Interior-Año 2014



Comportamiento Percentual en el Manejo de la HTA en Policlinicas ECNT Año 2009-2014





**Institución:** PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

**Presupuesto vigente:** 5.097.518.787

**Presupuesto ejecutado:** 3.486.354.718

**Tabla 2: Ejecución presupuestaria según metas, cumplimiento y presupuesto asignado**

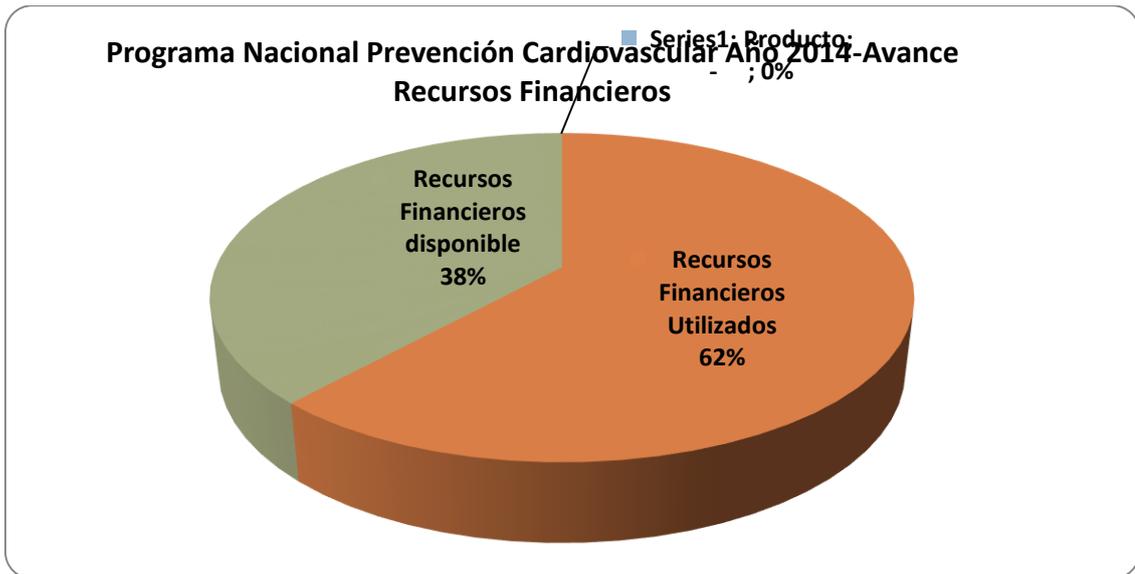
Programa/Proyecto	PRESUPUESTO		%Ejecución Presupuestaria	Fuente de Financiamiento
	Costo Presupuestado	Monto Ejecución Presupuestaria		
100 SERVICIOS PERSONALES	<b>2.778.388.928</b>	<b>2.144.057.425</b>	77	10-30
200 GASTOS POR SERVICIOS	<b>216.976.259</b>	<b>117.958.671</b>	54	10-30
300 BIENES DE CONSUMO	<b>368.984.514</b>	<b>147.748.679</b>	40	10-30
500 INVERSIÓN	<b>1.782.495.026</b>	<b>772.516.300</b>	43	10-30
<b>TOTAL</b>	<b>5.146.844.727</b>	<b>3.486.354.718</b>	<b>62</b>	<b>10-30</b>

Fuente: Dirección Administrativa, Hospital.

	% Ejecución
100	77
200	54
300	40
500	62

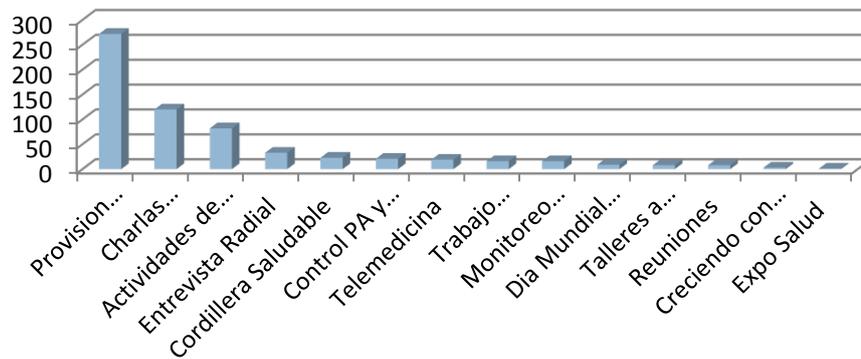


Presupuesto de Gastos asignado	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	3.151.536.268	2.259.605.570	4.294.672.428	5.084.707.419	5.097.518.787	5.146.844.727





## Actividades Desarrolladas en el año 2014 por el PNPC-AA

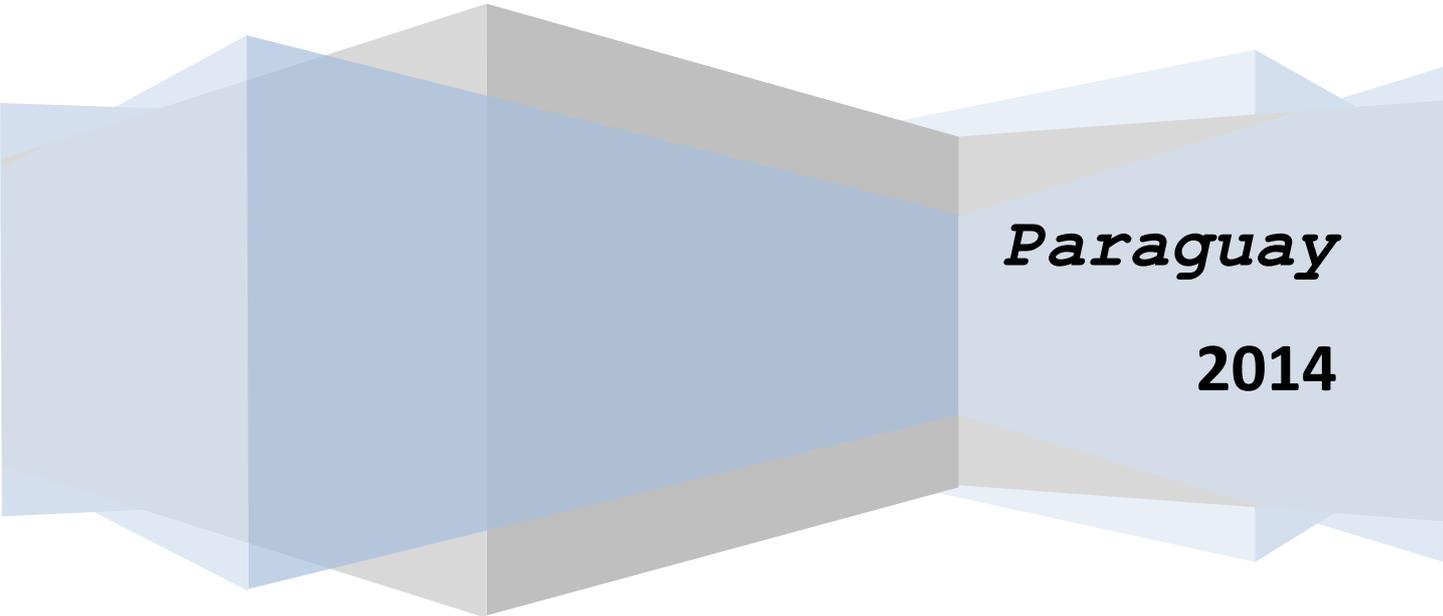


## DESAFIOS 2015

- POLICLINICAS ECNT INFORMATIZADA
- ESTADISTICAS A TIEMPO REAL DE:
  - CONSULTORIO
  - ANALISIS DE DX DE TELEECG
  - REG NAC SCA
- IMPLEMENTAR EL RIESGO CV GLOBAL EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CV,USF, Y HOSPITALES.
- TELEPENITENCIARIA
- TELEMEDICINA COBERTURA NACIONAL.(REGIONAL Y DISTRITAL- 75 SERVICIOS DE SALUD)



# **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABAQUISMO**



*Paraguay*

**2014**

---



## **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABAQUISMO**

### **Introducción**

La epidemia del tabaquismo ha llegado a ser uno de los mayores problemas de salud en el mundo y un verdadero reto para la acción de los Estados.

El tabaquismo, constituye la enfermedad prevenible que se relaciona con más problemas de salud y causas de muerte en el mundo y son un problema en el campo de la salud pública, que requiere de acciones amplias y coordinadas en las que deben de estar incluidos los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad.

El costo que este problema de salud pública tiene para nuestra sociedad se refleja en las muertes prematuras, en la invalidez de población productiva y en un deterioro de la calidad de vida de los paraguayos. Además, de que la atención a los padecimientos agudos y crónicos causados por el tabaquismo afectan severamente el presupuesto de los sistemas de atención a la salud

El tabaquismo en Paraguay, y en todo el mundo, se asocia estrechamente con los principales indicadores de morbilidad y mortalidad, que atañe a enfermedades cardiovasculares, pulmonares y diversos cánceres, por lo que constituye en un importante problema de salud pública en nuestro país, tanto por su aspecto invalidante como por su elevada letalidad.

La manera de combatir ésta epidemia es a través de las políticas públicas y de la implementación del CMCT, cuyo objetivo es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo de tabaco”.

El CMCT es un conjunto de normas legales que han demostrado ser efectivas en la disminución de la principal causa de enfermedad y muerte evitable en el mundo, incluye las medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco (Artículos 6 al 14), medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco (Art. 15 al 18), medidas relacionadas con la responsabilidad de la Industria tabacalera (Art. 19), medidas relacionadas con la cooperación técnica y científica y comunicación de información (Artículos 20 al 22), medidas relacionadas con arreglos institucionales y recursos financieros (Artículos 23 al 26), medidas relacionadas con la solución de controversias (Artículos 27 al 29), y medidas relacionadas a las disposiciones finales (Artículos 30 al 38), permitirá reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Para lograr un Paraguay saludable se requiere implementar estrategias anticipatorias que fortalezcan y amplíen la lucha contra factores de riesgos, favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

### **Misión**

---



Una sociedad paraguaya libre de los efectos del tabaco.

## **Visión**

Reducir la morbilidad y mortalidad causada en el Paraguay, por la exposición a productos de tabaco.

## **Objetivos Generales**

La disminución del consumo de tabaco en la población en general con base en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco.

## **Objetivos Específicos:**

### **1. Disminuir la prevalencia tabáquica.**

- 1.1. Prevenir la incorporación de nuevos fumadores y fumadoras.
- 1.2. Retrasar la edad de inicio del hábito tabáquico.
- 1.3. Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica.

### **2. Proteger la salud de la población del aire contaminado por humo de tabaco (AHT).**

- 2.1. Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco.
- 2.2. Potenciar los espacios sin humo
- 2.3. Fomentar la norma social de no fumar

### **3. Potenciar la coordinación y la participación ciudadana.**

- 3.1. Coordinación institucional
- 3.2. Coordinación intersectorial
- 3.3. Coordinación internacional
- 3.4. Participación social.

## **Desafíos**

El resultado de décadas de experiencia internacional enfrentando las estrategias de la industria tabacalera, fue compilado en el único Tratado Mundial de Salud Pública: El Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT), vigente en Paraguay desde el año 2006. Tomando esa normativa como eje fundamental, se ha logrado un muy importante descenso en la prevalencia de tabaquismo en adultos (**27,3% al 14,4%**) y jóvenes (**19,1% al 10,4%**) de Paraguay, siendo posiblemente el factor de riesgo y al mismo tiempo enfermedad que más ha descendido en nuestro país en la última década, lo cual hace del control de tabaco una de las áreas más costo-efectivas del Ministerio de Salud Pública; no obstante, una enorme cantidad de desafíos y dificultades deberán ser resueltos en el futuro cercano para sostener estos buenos resultados, considerando que el consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es el principal factor causante del 30% de todos los cánceres, enfermedades respiratorias y vasculares.

Además de todos los avances obtenidos a lo largo de todos estos años, el Programa Nacional de Control del Tabaquismo ha sufrido grandes reveses como la ausencia de reglamentación que

---



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

obstaculiza la implementación efectiva de la Ley N° 2969/06 que aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, hasta la fecha.

Seguir promocionando los espacios 100x100 libres de humo de tabaco, a través de la obtención de legislaciones locales, certificación de más empresas que apliquen el Protocolo Básico para Empresas e Instituciones Libres de Humo de Tabaco, capacitación al personal docente para el desarrollo del tema “tabaquismo” dentro de la malla curricular en todos los niveles de formación, serán nuestros desafíos a fin de que la población más vulnerable, los niños/as y adolescentes de nuestro país, reciban toda la información acerca de este terrible flagelo y les permita una decisión mucho más beneficiosa.

### **Tabla de logros**



OBJETIVO	LOGRO	DETALLE DEL LOGRO	ACCIONES REALIZADAS	LIMITACIONES SUPERADAS	INDICADORES	OBSERVACIONES/COMENTARIOS
Monitorear el cumplimiento de la Resolución SG Nº 180/09	Monitoreados 28 servicios de la XVIII RS. Monitoreados 10 servicios de la III RS.		Visitas a unidades de salud de la III y XVIII RS. Socialización de la normativa.	Desconocimiento de la normativa de las nuevas autoridades y del personal, fue subsanado con la entrega de una copia del mismo.	Nº de unidades de salud monitoreadas.  Nº de unidades de salud q aplican la normativa.	A pesar de la existencia de la normativa, persiste el consumo en ciertos servicios de salud, por parte del propio personal de salud y/o usuarios.
Facilitar el abandono de la dependencia tabáquica.  Provisión de medicamentos	Incorporados 160 pacientes fumadores al tratamiento de cesación tabáquica, con tratamiento farmacológico y atención multidisciplinaria	10% de los pacientes de alta como ex fumador.	Habilitación del consultorio de cesación tabáquica con enfoque multidisciplinario en el INERAM. Incorporación de la identificación del paciente fumador en pre consulta.	Escaso recurso humano. Escaso recurso físico. Escaso recurso económico.	Nº de pacientes en rehabilitación.	La limitación con la que aún seguimos, es la ausencia de una regente para la administración y control de la medicación específica para el tratamiento de la adicción al tabaco.
Promover la inclusión del humo ambiental del tabaco en el listado de sustancias nocivas ambientales. Abogacía para la redacción y aprobación de normativas y legislaciones de control del tabaco (Art. 5 al 14 del CMCT)	Promulgadas 3 ordenanzas de protección al no fumador, prohibición de venta de productos de tabaco a menores y por menores en los municipios de Aregua, Asunción (ampliación), Paraguari		Cabildeo ante las autoridades municipales y ante las diferentes comisiones.	Escaso recurso humano. Escaso recurso económico.	Nº de municipios con ordenanzas promulgadas.	Otra de las limitaciones, ha sido la no disponibilidad de un medio de transporte, ya que el vehículo con que cuenta actualmente el Programa Nacional, debido a sus condiciones técnicas dificulta el traslado a sitios de más de 50Km de distancia de la capital.
Comunicar el modelo de intervención "Lugares de Trabajo Saludables" para lograr EMPRESAS o INSTITUCIONES 100% libres de humo de tabaco.  Crear el primer consultorio de cesación tabáquica en el país.	Certificados como Empresa o Institución 100% libre de humo de tabaco: Unilever, Facultad Politécnica, Supermercado Los Jardines y Cadena Todo Carne.  Establecido el primer consultorio de cesación tabáquica.		Presentación del protocolo para empresas e instituciones libres de humo de tabaco, a las autoridades. Sensibilización al personal sobre los efectos del humo de tabaco. Adecuación física de la institución o empresa. Monitoreo de cumplimiento del protocolo. Cabildeo ante las autoridades de INERAM, institución de referencia nacional de afecciones pulmonares y clínicas.	     Escaso recurso humano. Escaso recurso físico. Escaso recurso económico.	Nº de empresas o instituciones 100% libres de humo de tabaco certificadas.     Nº de instituciones de salud con servicio de cesación en funcionamiento.	Carencia de una página web del Programa Nacional que permita socializar el protocolo y permita la inscripción electrónica de empresas interesadas. También permitiría socializar la lista de instituciones certificadas.



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

			Formación del equipo de salud, multidisciplinario. Capacitación al personal de salud en el manejo del paciente fumador.		N° de personal de salud capacitado en cesación tabáquica.	
Informar a estudiantes y personal escolar del 2do ciclo de la Escolar Básica sobre las consecuencias del tabaquismo activo y pasivo.	50 escuelas con población estudiantil informada sobre las consecuencias del tabaquismo activo y pasivo.		Cabildeo ante las autoridades educativas.		N° de instituciones educativas visitadas.  N° de estudiantes informados.  N° de personal escolar informado.	
Informar a estudiantes y personal escolar del Tercer de la Educación Media sobre las consecuencias del tabaquismo activo y pasivo.	50 escuelas con población estudiantil informada sobre las consecuencias del tabaquismo activo y pasivo.		Cabildeo ante las autoridades educativas.		N° de instituciones educativas visitadas.  N° de estudiantes informados.  N° de personal escolar informado.	
Impulsar la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (instrumento jurídico internacional para el control mundial del tabaquismo y complemento global a los programas y planes de control del tabaquismo a nivel nacional, que surge en 1996, liderado por la OMS).						Se ha elaborado el borrador de PL que reglamenta el artículo 8 y 14 de la Ley 2969/06, ante las autoridades del MSP para su consideración.]
Realizar la III Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (EMTA Joven 2014) bajo los auspicios del CDC Y la OPS/OMS.	Realizada la III Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (EMTA Joven 2014).		Elaboración del proyecto. Elaboración de los instrumentos de la encuesta. Coordinación con las autoridades de los colegios seleccionados.	Huelga docente. Excesiva burocracia en algunas instituciones educativas. Escaso tiempo para la cumplimiento con los plazos.	N° de escuelas encuestadas.  N° de alumnos encuestados.	



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL**

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

**GOBIERNO NACIONAL**  
Construyendo Juntos Un



**DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN CONTRA  
LAS RADIACIONES DE USO Y  
APLICACIÓN EN MEDICINA**

*Paraguay*

**2014**



---

## **INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA ANUAL DE INSPECCIONES A LAS INSTALACIONES RADIATIVAS**

### **ANTECEDENTES**

Como resultado del Control Regulatorio realizado por la Dirección de Protección contra las radiaciones ionizantes de uso y aplicación en Medicina (DPRM), a los diferentes usuarios de equipos y fuentes de radiación ionizante involucradas al área médica desde el mes de Enero/Diciembre de 2013, con el equipo de inspectores encargados de la verificación:

### **OBJETO**

El objeto del informe es, para la evaluación de gestión de la Dirección a fin de determinar las fortalezas y debilidades de la actividad reguladora en el área de las radiaciones ionizantes en el área médica. El objetivo propuesto por esta dependencia es, realizar con periodicidad anual, una recopilación sistemática de los resultados de las inspecciones realizadas a las instalaciones radiactivas, identificando en su caso desviaciones, buenas prácticas y otros aspectos destacables encontrados, obteniendo lecciones aprendidas para conseguir mejorar tanto el comportamiento en relación con la seguridad y protección radiológica, de los titulares de las instalaciones, como las practicas de inspección y control del propio Ministerio de salud Publica y Bienestar Social.

### **ALCANCE**

Se incluyen, en el alcance del presente informe, las siguientes actividades de inspección de instalaciones radiactivas:

- Control
- Licenciamiento
- Sanciones

Todas las inspecciones se llevan a cabo de acuerdo con los procedimientos internos del DPRM:

- ***Evaluación de documentación*** presentada para la Licencia de la Práctica de radiología médica odontológica, medicina nuclear y radioterapia
- ***Inspección de las instalaciones radiactivas médicas*** y otras actividades reguladas
- ***Licencia y Control de las instalaciones radiactivas médicas*** y otras actividades reguladas
- ***Capacitación a través de charlas y cursos de Protección Radiológica*** para usuarios regulados y Sociedades respectivas.

**INSPECCIONES DE CONTROL A LAS INSTALACIONES RADIATIVAS. AÑO 2014.  
ENERO- DICIEMBRE**



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

El programa inspecciones de la DPRM, sobre actividades de inspección de instalaciones radiológicas y radiactivas, se establece para verificar el cumplimiento de las obligaciones legales tanto técnicas como administrativas, de las instalaciones en funcionamiento, con el objetivo de detectar incumplimientos y corregir o hacer que se corrijan tales incumplimientos, no conformidades o posibles malas prácticas, detectadas durante el proceso de inspección.

El programa de inspecciones de control se define con el objetivo de efectuar una inspección anual a todas las instalaciones radiactivas en funcionamiento.

Esta labor es realizada por los técnicos del Área de Inspección

El número total de **inspecciones de control, de Enero a Diciembre** en 2014, fue de **101**, y las **Licencias** emitidas suman **89 instalaciones que no revisten irregularidades**, mientras que **12** de las evaluadas dieron como resultado puntos en desacuerdo con el Reglamento, emplazándoles para su modificación en las **no conformidades detectadas. Las mismas son detalladas en la Figura 1.**

TABLA 1			Año 2014
EQUIPOS	CANTIDAD DE EQUIPOS INSPECCIONADOS	CANTIDAD DE EQUIPOS LICENCIADOS	CON IRREGULARIDADES NO LICENCIADAS
RX CONV.	25	19	6
RX FLUO.	3	8	-8
PORTATIL	24	19	5
ARCO EN C	6	2	4
MAMOGRAFO	16	10	6
TC	15	9	6
HEMODINAMIA	2	3	
DENSITOMETRO	1	1	0
ORTOPAN	5	5	0
INTRAORAL	1	10	-9
ACELERADOR LINEAL	3	3	0
MEDICINA NUCLEAR			0
BRAQUITERAPIA	2	2	0
			0
			0
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>89</b>	<b>12</b>

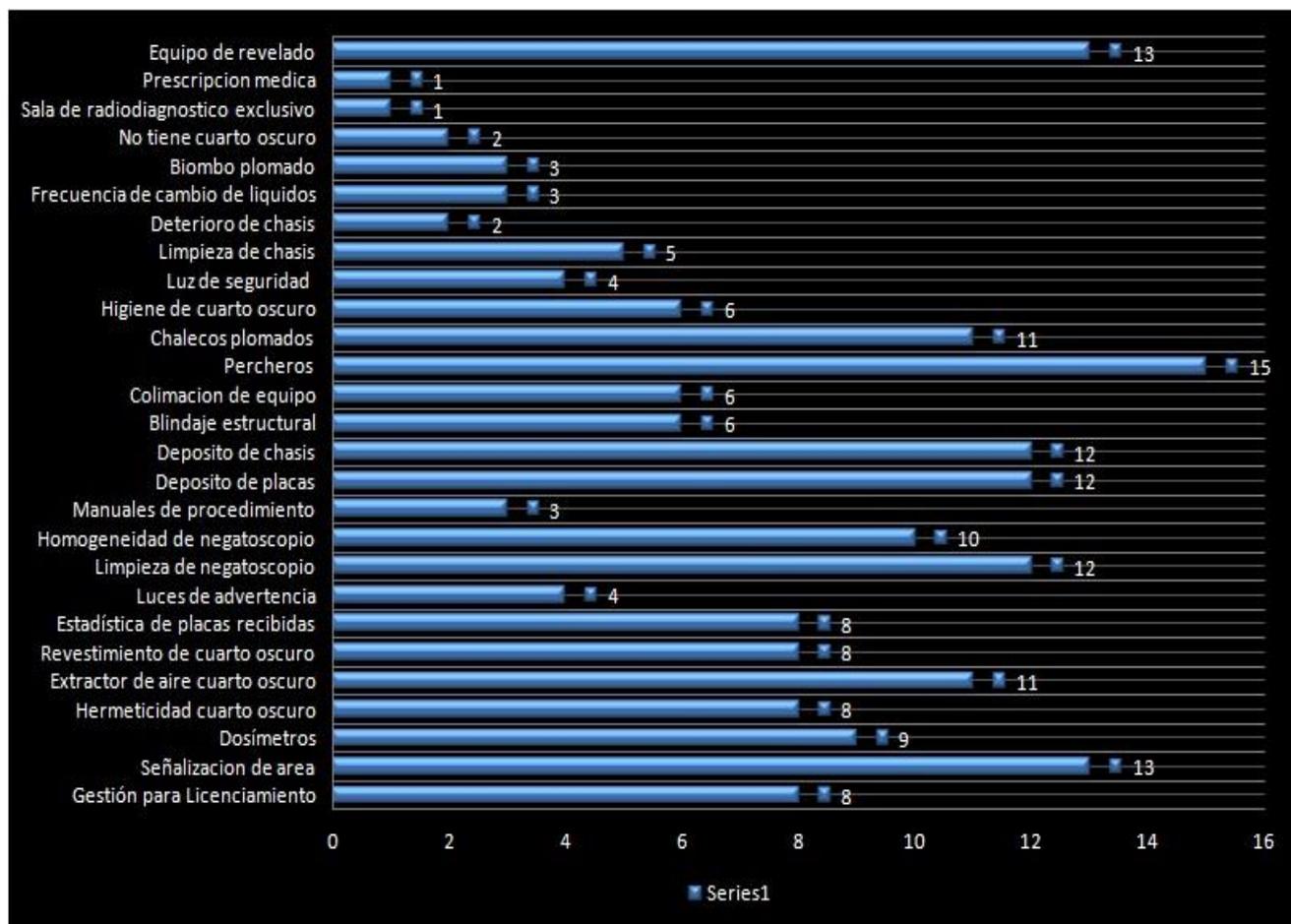


**Figura 1-** Resultado de las inspecciones de control por tipo de instalación y clasificación de no conformidades de las practicas medicas- Enero – Diciembre 2014

## INSPECCIONES DE CONTROL CON DESVIACIONES

También se ha detectado que el mayor porcentaje de las causas de la falta de Licencias se dan en las instituciones que no presentan expediente o gestión de Licencias como se puede ver en la Figura 2

De las **101 inspecciones de control** realizadas a las diferentes instalaciones radiactivas se han detectado un **12 % de desviaciones** con la siguiente distribución:



Esto se detalla en la **Figura 2** con las distribuciones respectivas



---

**Hallazgos detectados en las inspecciones de Radiodiagnóstico médico**

Tras las inspecciones se ha realizado la evaluación de las actas resultantes, atendiendo principalmente a los siguientes aspectos:

1. Declaración e inscripción en registro.
2. Coincidencia estructural y espacial de la instalación
3. Coincidencia del equipamiento con el expediente presentado
  
4. Diseño de la instalación.
5. Disponibilidad de apoyo de SPR o Encargado de Protección Radiológica
6. Acreditaciones de personal.
7. Formación del personal
8. Verificación anual de niveles de radiación, levantamiento radiométrico del local.
9. Control de calidad de equipos, certificados de calibración emitidos por empresas acreditadas por el Departamento.
10. Mantenimiento o reparación de equipos.
11. Baja y retirada de equipos.
12. Informe anual.
13. Clasificación, señalización, delimitación, control acceso zonas.
14. Procedimientos de trabajo y Normas de trabajo.
15. Blindajes.
16. Equipos de protección personal.
17. Vigilancia Dosimétrica.
18. Vigilancia Sanitaria.
19. Medidas de niveles de radiación en la inspección
20. Disponibilidad del Programa de Garantía de Calidad

En las **101 inspecciones de control** mencionadas, se han reseñado un total de **196 desviaciones**, descritas pormenorizadamente en las actas de inspección, **subsanaadas parcialmente**.

Los hechos que incumplen la legislación y que, por tanto, han sido señalados por los inspectores como desviaciones son los siguientes:



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

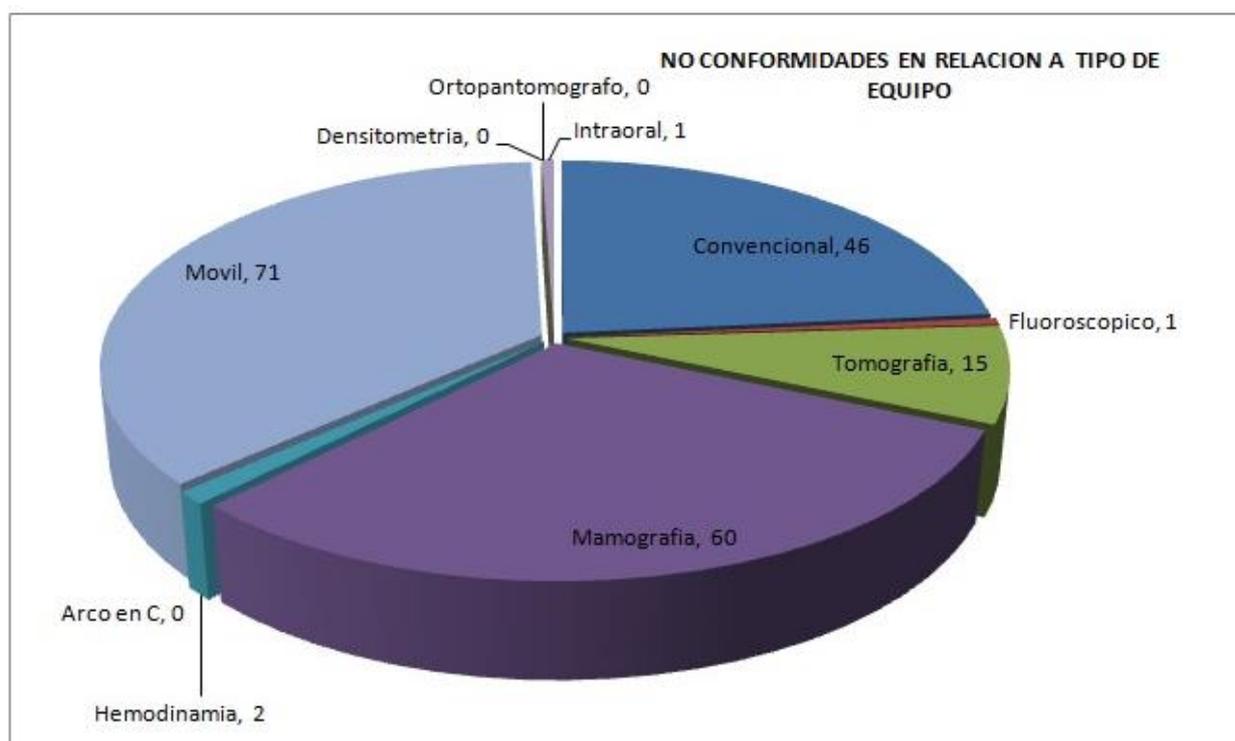
La Tabla muestra **196 desviaciones**, descritas pormenorizadamente en las actas de inspección, **subsanaadas casi en su totalidad solo el 12% no cumplieron con los requisitos.**

NO CONFORMIDADES		Convencional	Fluoroscópicos	Tomografía	Mamografía	Hemodinámica	Arco en C	Móvil	Densitometría	Ortopantomog rafo	Intraoral	TOTAL
1	Gestión para Licenciamiento	1		1	3			2			1	8
2	Señalización de area	5		1	2	1		4				13
3	Dosímetros	2		2	2			3				9
4	Hermeticidad cuarto oscuro	2			3			3				8
5	Extractor de aire cuarto oscuro	1		1	3			6				11
6	Revestimiento de cuarto oscuro	3		1	1			3				8
7	Estadística de placas recibidas	1		1	2			4				8
8	Luces de advertencia			1	1	1		1				4
9	Limpieza de negatoscopio	4			4			4				12
10	Homogeneidad de negatoscopio	2		1	4			3				10
11	Manuales de procedimiento				1			2				3
12	Deposito de placas	3			5			4				12
13	Deposito de chasis	3			5			4				12
14	Blindaje estructural	2	1		2			1				6
15	Colimacion de equipo				1			5				6
16	Percheros	3		4	4			4				15
17	Chalecos plomados	4		1	2			4				11
18	Higiene de cuarto oscuro	1		1	1			3				6
19	Luz de seguridad				2			2				4
20	Limpieza de chasis	2			2			1				5
21	Deterioro de chasis				1			1				2
22	Frecuencia de cambio de liquidos	1			1			1				3
23	Biombo plomado	1						2				3
24	No tiene cuarto oscuro				1			1				2
25	Sala de 30adiodiagnóstico exclusivo				1							1
26	Prescripcion medica				1							1
27	Equipo de revelado	5			5			3				13

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

	<b>TOTAL</b>	46	1	15	60	2	0	71	0	0	1	196
--	--------------	----	---	----	----	---	---	----	---	---	---	-----

De las 196 desviaciones se han constatado en las diferentes prácticas inspeccionadas, con la siguiente distribución, demostrada en Figura 2:



**Figura 2:** esta figura muestra que la mayoría de las no conformidades se da en los equipos de rx convencional, portátil o móvil y mamografía.

**CONCLUSIONES (Instalaciones médicas)**

Como conclusión general se puede decir que en la gran mayoría de las instalaciones, de acuerdo con los resultados obtenidos en las inspecciones realizadas, se cumple la normativa de seguridad y protección radiológica.

La mayor parte de las desviaciones encontradas son en aspectos documentales y/o administrativos y la no conformidad de algunas de ellas no supone abandonar de inmediato la envuelta de seguridad o de protección radiológica, ni una degradación en su funcionamiento.



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

Como resultado del análisis del total de inspecciones en su conjunto, se han detectado áreas de mejora tanto en el proceso de Inspección como en la actuación de los titulares, que se analizan en el presente apartado.

La mayor contribución en la mejora y optimización del Programa de Protección Radiológica se dio en el seguimiento a la tasa de rechazo de las placas radiográficas en los servicios.

### **ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS DURANTE LAS INSPECCIONES**

Además de los datos reseñados en el apartado de inspecciones, se puede añadir que la relación entre el número de inspecciones y el de las inspecciones con desviaciones, en relación con el tipo de instalación, es la siguiente:

#### **Análisis de las Desviaciones encontradas**

##### **Falta de historial dosimétrico de los trabajadores expuestos.**

El mayor número de casos se da en las instalaciones públicas, de docencia e investigación y los establecimientos médicos Militares y policiales, sin identificar a las personas y sin disponer de protocolo.

Otro grupo cualitativamente importante, perteneciente a hospitales, en el que se detectan sobreexposición en las lecturas del control dosimétrico es el personal médico perteneciente a equipos de trabajo ajenos a los servicios de radiodiagnóstico, especialmente usuarios de arcos radioquirúrgicos. Radiología Intervencionista.

##### **Falta del reconocimiento médico de los trabajadores expuestos.**

Este requerimiento tiene un difícil seguimiento por varias razones.

En primer lugar el requisito es cumplido, en muchos casos, solo parcialmente pues:

- En la mayoría de los casos los trabajadores no son sometidos a los exámenes requeridos, por salud ocupacional,
- los Servicios de Medicina Preventiva o de Riesgos Laborales consideran acabada su parte de responsabilidad con la mera citación de los trabajadores; otras veces es el trabajador el que sí acude al reconocimiento pero solo se somete a parte de los exámenes o pruebas médicas, sin que se pueda concluir un resultado de Apto/No Apto.

Por último, este requisito ha de cumplirse cada 12 meses, y no cada año oficial, por lo cual su control y seguimiento, siendo posibles, resultan más complejos.

##### **Personal que dirige la instalación o que opera los equipos sin disponer de la acreditación del Ministerio.**



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

En muchas ocasiones solo falta el trámite administrativo ya que por titulación (radiólogos, técnicos, etc.) no necesitan cursos específicos u otros requisitos, pero no es infrecuente encontrar la desviación en todo su significado.

En otras ocasiones lo que falta es el control del Director de la instalación sobre ciertos Servicios o Secciones de su instalación. Esto se produce con frecuencia en hospitales y en relación con especialidades ajenas al Radiodiagnóstico, tales como los Servicios de Cirugía y otros (Urología, Traumatología, etc.), que han venido usando tradicionalmente los equipos de rayos X como un complemento de su trabajo.

Además el acceso a estos Servicios requiere medidas de asepsia, lo que dificulta aún más la labor de control por parte de la Dirección.

**Deficiencias en la señalización y en el control de accesos**

Aunque la deficiencia en la señalización es frecuente en el ámbito privado y público, su importancia es escasa ya que el control a la instalación está garantizado mediante personal auxiliar o mediante la cita secuenciada de los pacientes.

**No disponibilidad de normas o procedimientos de trabajo**

Aunque El Dpto. De Protección. Radióloga. Facilitara al titular estos documentos al inicio de la actividad, es frecuente que estén extraviados al cabo de unos años.

**No disponibilidad del Programa de Garantía de Calidad, Falta del informe de dosis a pacientes**

Son incumplimientos que no se detectan con frecuencia porque afectan de forma marginal a la protección radiológica de los trabajadores y público por lo cual los inspectores hacen énfasis en su búsqueda solo en casos concretos.

**Falta de material de protección radiológica (delantales, collar de tiroides, gafas, etc.).**

Si se detecta se realiza Apercibimiento en todos los casos.

**Inexistencia de controles de calidad o de medida de niveles de radiación**

En los casos detectados, el incumplimiento se ha debido más a la gran demanda del servicio con respecto a la poca cantidad de empresas prestadoras de servicios en todo el país.

Otro inconveniente en este punto es la Falta de calibración de los detectores de medición que deben ser calibrados fuera del país, y por la gran demanda en los laboratorios secundarios de la región, no tenemos lugar a ello.

**Instalaciones o equipos en funcionamiento que no han sido Declarados a la Administración.**



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

Es más frecuente en el caso de equipos, lo cual supone una modificación de la instalación y, en general, se debe más a desconocimiento de los titulares “Modificación” que de Desviación intencionada.

Otra modalidad de esta Desviación es la existencia de **Instalaciones que han cerrado y no han comunicado su clausura (radiología diagnóstica)**. Se descubren por azar en la mayoría de los casos y no tienen una solución sencilla ya que suelen deberse a fallecimientos o desconocimiento del paradero de los antiguos titulares.



### **Seguimiento de las no conformidades: Apercibimientos y Sanciones**

Como la mayor parte de las anomalías detectadas – sea cual sea el motivo de la inspección- son de tipo administrativo y muy pocas afectan realmente a la protección radiológica, tras la inspección suelen quedar solucionados dichos incumplimientos en la contestación del titular al acta o bien tras el Apercibimiento subsiguiente. Esto hace que, tras el envío de 5 Apercibimientos, hayan sido innecesarias las propuestas de expedientes sancionadores o las multas coercitivas.

En otros casos se ha realizado medida coercitiva sobre el titular en un 3% del total, donde se han instruido sumario administrativo, antes de emitir una sanción, acorde al Código Sanitario.

### **AREAS DE MEJORA (Instalaciones radiológicas y radiactivas)**

La inspección sistemática anual a las instalaciones, se ha mostrado como una herramienta efectiva para el control del funcionamiento de las mismas. No obstante cabe la posibilidad de ponderar, como se describe en el Modelo de Inspección de la Dirección, la inspección sistemática con criterios de atención preferente a determinados tipos de instalaciones.

Entre las desviaciones detectadas, reseñadas en el apartado de inspecciones de control, se puede destacar las que dan lugar a un mayor número de apercibimientos:

☒ **Certificados de revisiones, pruebas de hermeticidad**, etc. de equipos , que indican una incorrecta organización administrativa y su no cumplimiento puede repercutir en la seguridad de la instalación.

☒ **Licencias de operación:** donde se observa que la renovación de las mismas, por parte del titular, no se realiza, en muchos casos, dentro de los plazos establecidos reglamentariamente, se demora la solicitud de nuevas licencias y no se notifica las aplicaciones de las mismas a otras instalaciones, en los casos de traslado de personal de operación.

☒ **Las calibraciones y verificaciones de los equipos de detección** y medida de la radiación, no se realizan de acuerdo a los procedimientos propios de cada instalación.

☒ **Los registros de operación** de la instalación no se encuentran actualizados y/o disponibles.

En el análisis de los resultados de las inspecciones realizadas por el Ministerio – DPR y de las desviaciones puestas de manifiesto mediante las mismas, se identifican las siguientes áreas de mejora:

- **Los titulares** deberían conocer mejor:
  - sus condicionados y las responsabilidades que adquieren con la autorización.
  - que temas o aspectos deben documentar en el trámite al acta y las medidas correctoras aplicadas, cuando en el Acta se reseñen desviaciones.



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

- Es recomendable :
  - **sistematizar una reunión de cierre al finalizar la inspección**, en la que se definan claramente las acciones correctivas que se deben aplicar y como se documentarán por el titular en el trámite del acta.
  - señalar, en la reunión de cierre, otro tipo de mejoras que sin ser incumplimientos facilitarían la labor de inspección y a su vez el funcionamiento de la instalación.
- Cabe destacar que la interacción inspector/inspeccionado es tan positiva, en este tipo de instalaciones, que da lugar, en la mayoría de los casos, a que las recomendaciones o sugerencias del inspector que se pueden realizar una vez finalizada la reunión de cierre y fuera del marco formal de la inspección, sean asumidas íntegramente por el inspeccionado.
- El titular de la instalación podría desarrollar un sistema informático o de otro tipo, que le alertase de la necesidad de realizar determinadas actuaciones en el plazo establecido, como la renovación de licencias, remisión de informes a la administración, revisiones de los equipos, etc., aspectos todos ellos que dan lugar a un gran número de desviaciones.
- Otra mejora podría consistir en la emisión de folletos informativos, con gran contenido gráfico para la señalización de zonas y carcerería oficial reglamentada, una opinión oficial sobre la calibración de equipos y campaña de información sobre la hermeticidad de fuentes por tipo, y quizá replantear en algunos casos los intervalos máximos de estas pruebas.
- Se debería arbitrar un sistema por el que los titulares pudieran seguir el estadio del proceso de licenciamiento o de inspección o por lo menos conocer los tiempos del proceso de manera general.
- Sería conveniente la utilización de una agenda de inspección, adicional a los procedimientos técnicos, en casos puntuales de grandes instalaciones o de inspecciones especialmente complejas, con el fin de facilitar la labor, sobre todo para la preparación y recopilación de la información solicitada por la inspección al titular.



**SECRETARÍA EJECUTIVA DEL  
MECANISMO COORDINACIÓN PAÍS  
MCP PARAGUAY**

*Paraguay*

**2014**



---

## **SECRETARÍA EJECUTIVA DEL MECANISMO COORDINACIÓN PAÍS**

### **Introducción**

El Mecanismo Coordinación País (MCP Paraguay) es una instancia de asociación constituida en Paraguay en julio de 2002 e integrada por el Gobierno, la sociedad civil, el sector privado y organismos internacionales de cooperación que actúan en el campo del VIH/sida, la Tuberculosis y la Malaria. De acuerdo a su Manual Operativo, aprobado en 2008, el Señor Ministro de Salud Pública es el Presidente Ejecutivo y la Dirección General de Vigilancia de la Salud ejerce la Secretaría Ejecutiva. Desde ese rol, ejecuta actividades relacionadas al Proyecto de Fortalecimiento del MCP, cuya administración está a cargo de la Fundación CIRDA.

### **Misión**

Desarrollar, presentar y monitorear estratégicamente el desarrollo de propuestas de subvenciones en el país en base de las necesidades prioritarias para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

### **Objetivos**

- Asegurar la vinculación y coherencia entre las subvenciones coordinadas con donantes externos y los programas nacionales de salud y desarrollo;
- Entablar un diálogo inclusivo en el país y acordar en consenso cómo distribuir el financiamiento.

### **Principales Logros del 2014**

- A diciembre de 2014, se encuentran en pleno desarrollo un 78% de las 23 actividades programadas en el Plan de Fortalecimiento del MCP para este periodo. Un 22% de las actividades iniciadas ya han sido concluidas satisfactoriamente.
- Se revisó y aprobó el Manual de Monitoreo Estratégico
- Fueron designados miembros del comité de Monitoreo Estratégico para Resultados (MER) y se elaboró un plan de trabajo
- Se capacitó a 37 personas miembros y colaboradores del MCP en Monitoreo Estratégico
- Se encuentra en revisión el Manual Operativo del MCP, incluyendo la definición de sectores, subsectores, número de miembros, procesos de selección
- Se realizaron asambleas para que las organizaciones de la sociedad civil elijan a sus representantes (Personas Trans, Personas con VIH, grupos de Hombres que tienen sexo con Hombres y Mujeres Trabajadoras Sexuales)
- Se elaboraron materiales de comunicación, volantes, calendarios y materiales de difusión del MCP
- Se lleva adelante una consultoría para dar una imagen corporativa al MCP y una consultoría para el desarrollo de su sitio web.
- Se han realizado y documentado 12 reuniones plenarias y otras 15 reuniones de equipos de trabajo del Mecanismo de Coordinación País, en las cuales, entre otras cosas, se han tomado las siguientes decisiones más resaltantes:



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

- Aprobación del Plan de Fortalecimiento del MCP (requisito de elegibilidad para proyectos de subvención del Fondo Mundial)
- Acompañamiento a la definición, elaboración y presentación de la nota conceptual para subvención a la respuesta al VIH, aprobada por el Fondo Mundial.
- Reasignación de coordinación del Proyecto Ronda 9 Fortalecimiento de Servicios de salud, definición de principales actividades y aprobación de solicitud de reprogramación
- Evaluación, revisión y aprobación del proyecto de extensión de Ronda 8, de VIH, en coordinación con organizaciones de sociedad civil
- Selección de Receptor Principal proyecto de VIH
- Aceptación de los montos definidos en la subvención del Fondo Mundial, a ser solicitados entre 2014 y 2017
- Promoción y firma de Acuerdo de Buenas Prácticas entre organizaciones de sociedad civil que apoyan a la Respuesta al VIH
- Revisión y aprobación de reprogramación de actividades del proyecto Malaria
- Aprobación del proyecto regional a ser presentado por la Redlactrans
- Discusión y sugerencias relacionadas a la elaboración del plan de prevención de la reintroducción de la malaria en Paraguay

### **Dificultades**

- Se tienen dificultades de articulación y respuesta significativa a otros ministerios que forman parte de la respuesta al VIH: Educación, Justicia, Trabajo, entre otros
- Por superposición de agenda de los miembros, se ha retrasado la aprobación de nuevas herramientas de declaración de conflictos de intereses, planteado en el Plan de Fortalecimiento.

### **Desafíos para el año siguiente**

De acuerdo al Plan de Fortalecimiento del MCP se mantienen como desafíos para el próximo año:

- Creación del comité de conflictos de intereses (interior MCP)
- Lograr mayor Compromiso del Sector Gobierno: Orientación a representantes del gobierno (MEC, Justicia, Trabajo, IPS, COPRECOS) y sectores constituyentes sobre el Fondo Mundial y el MCP
- Mayor Compromiso del Sector de sociedad civil: Abogacía con el sector privado y académico



# **DIRECCIÓN DE CONTROL SANITARIO DE PUERTOS, AEROPUERTOS Y PASOS DE FRONTERA TERRESTRE**

*Paraguay*

**2014**



## **DIRECCIÓN DE CONTROL SANITARIO DE PUERTOS, AEROPUERTOS Y PASOS DE FRONTERA**

### **INTRODUCCIÓN**

En el ámbito del cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional-RSI2005 , la Dirección de Control Sanitario de Puertos Aeropuertos y Pasos fronterizos se ha propuesto como meta ir reforzando las capacidades de vigilancia, detección, verificación, respuesta y control sanitario de los diferentes tipos de riesgos que puedan generar eventos y emergencias de Salud pública en los Puntos de entrada

En ese contexto y teniendo en cuenta el aumento de los viajes, el comercio internacional, así como la aparición y reaparición de amenazas de enfermedades y otros riesgos para la salud pública de alcance internacional ha obligado a centrar sus esfuerzos en desarrollar una serie de acciones tendientes a reforzar la capacidad institucional, un amplio trabajo intersectorial, así como la adopción de medidas que pudieran prevenir la propagación internacional de enfermedades proteger y controlar la salud de los viajeros .

### **MISIÓN**

Función asociada a la **Protección de la salud** consistente en un proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia, control sanitario de vehículos, embarcaciones y aeronaves; tripulantes y pasajeros en general, al igual que coordinar y participar en la respuesta oportuna a eventos de vigilancia en salud pública de acuerdo a los lineamientos y políticas establecidas en las normativas nacionales y el reglamento sanitario internacional.

### **VISIÓN**

Dependencia de la **DGVS** fortalecida para la vigilancia y control sanitario de los Puntos de Entrada que el país designe como tal, dotadas de los equipamientos e insumos necesarios para su desempeño, articulando con otras instituciones dentro y fuera del sector.

### **OBJETIVOS**

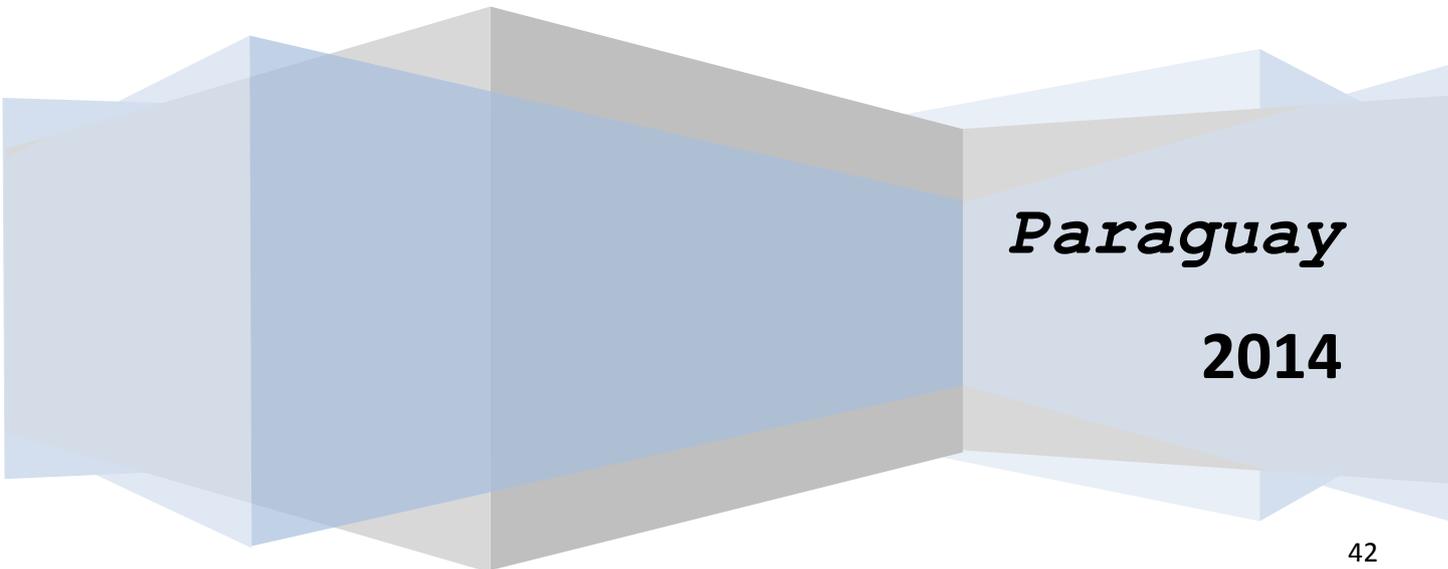
Establecer el control sanitario y la vigilancia epidemiológica mediante la dotación de las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos designados



# PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO

PMEC

DGVS



*Paraguay*

**2014**



## PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

### Antecedentes

El PMEC es un programa de entrenamiento en epidemiología de campo, basado en el *Field Epidemiology Training Program- FETP* del *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) de Atlanta/EUA, viabilizado por medio de un acuerdo de cooperación técnica y financiera entre el CDC y la DGVS firmado en el año 2009.

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología tiene como propósito la formación de especialistas en epidemiología con un perfil que responda a las necesidades de la Salud Pública de la región.

La fortaleza del programa de entrenamiento en epidemiología consiste en que los entrenados realizan investigaciones de campo, vigilancia, y aplican los resultados de las investigaciones y evaluaciones de campo para formular programas y asimismo valorar los resultados de los programas de control, utilizando métodos epidemiológicos de terreno.

A través del entrenamiento los profesionales desarrollan la capacidad para:

- ✓ Identificar los problemas de salud
- ✓ Proponer y aplicar medidas de intervención
- ✓ Evaluar el impacto de las intervenciones
- ✓ Comunicar los resultados a los tomadores de decisión, a la comunidad científica y a la población

### JUSTIFICACIÓN

El actual panorama sanitario de la Región, se encuentra atravesado por riesgos y daños diversos<sup>1</sup> que desafían la respuesta de los servicios de salud.

El control de estos riesgos y daños, tanto como el logro de la equidad, efectividad y eficiencia en las intervenciones requieren del soporte de la epidemiología a la gestión de los servicios y sistemas de salud para:

- ✓ Analizar la situación de salud y determinar las brechas e inequidades en salud.
- ✓ Establecer las prioridades de salud.
- ✓ Proponer políticas, intervenciones y estrategias de salud, basadas en evidencias.
- ✓ Vigilar los riesgos y daños a la salud.
- ✓ Desarrollar intervenciones de prevención y control de riesgos y daños endémicos y epidémicos.

---

<sup>1</sup> Entre los que se cuentan las enfermedades No Transmisibles; las Enfermedades Infecciosas, algunas de las cuales cuentan con respuestas organizadas a través de Programas de salud, y aquellas que han emergido en la última década como son Fiebre Amarilla y Dengue; los desordenes ambientales y ecológicos, ocasionados fundamentalmente por el impacto de las intervenciones humanas; la salud ocupacional; y los desastres naturales, asociados a cambios climáticos y ecológicos.



- ✓ Evaluar los resultados en función de la equidad, efectividad y eficiencia de las intervenciones y políticas.

Para fomentar el desarrollo de la epidemiología, y promover la salud pública en la Región, se pretende crear el Programa de Entrenamiento en Epidemiología como nicho institucional de investigación, docencia y servicio de la epidemiología, para que ésta obtenga un desarrollo cumpliendo normas de excelencia y relevancia.

### **CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA**

- **Propósito del programa:**  
Es la formación de profesionales que utilicen la metodología epidemiológica con fines de salud pública; mejorar el liderazgo de la Epidemiología y la Salud Pública en la región.
- **Modalidad y extensión:**  
El programa consta de **dos años** de estudio en los cuales el eje del proceso enseñanza-aprendizaje alrededor del cual giran los conocimientos teórico-metodológicos, que se proporcionan por medio de talleres, seminarios, investigaciones bibliográficas, presentaciones de caso y sesiones teóricas.

### **EJES METODOLOGICOS**

- Enfoque Constructivista: El conocimiento nuevo se elabora a partir del conocimiento previo en una interacción del participante con su realidad. Este enfoque rechaza la idea que la enseñanza es transmisión y el aprendizaje es recepción.
- Educación, Formación y Capacitación en Servicio: por la acción del trabajo el hombre modifica el medio y a sí mismo. Es precisamente en este punto donde radica el valor educativo del trabajo, si concebimos la educación como un movimiento de transformación del sujeto que, transformándose, transforma el entorno y viceversa.
- Educación, Formación y Capacitación Permanente: El trabajo es el ámbito de creación y recreación; es la acción que impulsa, regula y controla sus intercambios con la naturaleza, la sociedad y sus propios productos. Este proceso es continuo y permanente, y por ende, la educación también lo es.
- Estrategias Metodológicas: las estrategias metodológicas que se aplican corresponden a la Educación de Adultos y toman en cuenta las expectativas, los conocimientos y las experiencias profesionales de los participantes. Hay un grupo de ellas que se enfatizan durante la fase presencial (exposiciones dialogadas, conferencias, grupos de análisis y discusión, talleres aplicativos, etc.) y otros durante la fase no presencial (uso de materiales de auto aprendizaje,



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

tutoría activa, supervisión técnica). En esta última la pedagogía fundamental es la problematización.

### COMPETENCIAS Y PERFIL DEL EGRESADO

La definición del perfil del egresado del Programa se sustenta en la determinación de necesidades de formación, estableciendo las competencias requeridas para asumir las funciones que corresponden al epidemiólogo en los niveles.

El epidemiólogo que egresa del 2º ciclo del Programa tiene una formación integral y especializada que lo capacita para cumplir las siguientes **competencias** que corresponden a **funciones** esenciales en el Sistema de Vigilancia:

1. Vigilancia de Salud Pública
2. Investigación epidemiológica y de Salud Pública
3. Intervenciones epidemiológicas
4. Evaluación epidemiológica y de Salud Pública
5. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
6. Gestión de Sistemas

### **PROPÓSITOS Y OBJETIVOS**

El Programa de Especialización en Epidemiología tiene como propósito mejorar el liderazgo de la Epidemiología y la Salud Pública en la región, estableciendo un programa integrado de docencia, investigación aplicada

#### **Objetivos de Enseñanza-Aprendizaje**

Los alumnos se entrenan para desarrollar habilidades y destrezas que aseguren su capacidad para:

- ✓ Describir problemas de salud y tomar iniciativas
- ✓ Responder a emergencias, y brotes
- ✓ Analizar datos de vigilancia
- ✓ Evaluar proyectos
- ✓ Realizar análisis económicos
- ✓ Publicar artículos en publicaciones con arbitraje ( boletines y revistas científicas)
- ✓ Entrenar a otros profesionales de la salud

#### **Docentes**

El plantel docente está conformado por profesionales especialistas y con experiencia en el área temática de cada módulo, respetando el contenido de los módulos



## **ESTRUCTURA CURRICULAR**

La propuesta, de capacitación en servicio, se estructura en un entrenamiento con duración de dos años, con 780 horas teóricas y 3.852 horas prácticas (horas de actividades en el servicio de la DGVS y de investigación en el terreno), sumando un total de 4.632 horas obligatorias.

La proporción de enseñanza en aulas es del 16,84%, para preservar el contenido esencialmente práctico del Programa (Trabajo de campo). El tiempo restante consiste en enseñanza en servicio, terreno y tutorial.

El programa cuenta con los componentes teóricos y tutoriales para el desarrollo de las actividades de Campo:

### **Componente teórico:**

Compuesto por 16 asignaturas totalizando 780 horas-cátedra, impartándose de la siguiente manera:

- a. **1º ciclo** de nivelación de 360 horas-cátedras con el dictado de 9 asignaturas
- b. **2º ciclo** de 420 horas-cátedras con el dictado de las 8 asignaturas restantes.

### **Equipo de PMEC**

El equipo interno está compuesto por:

- Director – dirección general del PMEC.
- Coordinadores nacional e internacional - responsables del desarrollo técnico-científico, actividades gerencias y supervisión general del entrenamiento, además desarrollan actividades de docencia, orientación, supervisión y perfeccionamiento del programa.  
El coordinador internacional también acompaña a los entrenandos en las investigaciones de brotes, epidemias y eventos de importancia en salud pública del campo.
- Coordinador académico: será un técnico de la DGVS con alta formación académica. Desarrolla actividades de docencia, orientación, supervisión y perfeccionamiento del programa.
- Coordinador de áreas de concentración de trabajo de campo: acompañamiento del desarrollo de los entrenandos sobre las enfermedades donde actuarán durante el entrenamiento.
- Coordinador Administrativo – será un administrador y apoyos administrativos, responsables de las actividades administrativas relacionadas al entrenamiento.

### **Equipo docente**

Dra. María Águeda Cabello Sarubbi, Coordinadora General del Programa;



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

como Coordinador internacional a la Lic. Dalva Assis,

como Coordinadora Académica a la: Dra. Malvina Páez Bruno

y Coordinadora de Trabajo de Campo, a la Dra. Andrea Natalia Ojeda Benítez. Como tutores del área técnica a la Dra. Marta von Horoch y Dra. Margarita Samudio.

### **Características del Programa de Entrenamiento**

El programa incluye entrenamiento teórico-práctico en servicio. Tiene como objetivos principales formar y capacitar recursos humanos en: investigación e intervención rápida en brotes y epidemias; planificación y ejecución de estudios epidemiológicos; evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica, sistemas de información; gerenciamiento de la toma de decisiones en acciones de vigilancia en salud; comunicación efectiva de las informaciones de salud pública; liderazgo y gestión de equipos para las actividades de epidemiología de campo y capacitar otros profesionales de salud en epidemiología de campo.

- 1.1. Duración del entrenamiento. El PMEC tiene una duración de dos años, con una carga horaria de alrededor de 3.600 horas presenciales.
- 1.2. Tiempo de dedicación. El PMEC requiere dedicación exclusiva durante los dos años de entrenamiento. Mientras dure este período usted podrá ser convocado, a cualquier hora del día o de la noche, en cualquier día de la semana, para trabajar en el propio Ministerio de Salud, la DGVS o en las regionales de salud del país. En los casos en que existiera algún motivo que le impida cumplir con la actividad para lo cual fue convocado, deberá presentar una justificación por escrito a la coordinación del programa.
- 1.3. Competencias/Habilidades a ser desarrolladas: Durante los dos años del entrenamiento usted deberá desarrollar algunas habilidades que corresponden a los requerimientos mínimos del entrenamiento:
  - 1.3.1. Investigar por lo menos 3 (tres) brotes, siendo investigador principal en por lo menos uno de ellos;
  - 1.3.2. Analizar bancos de datos, generando informaciones de manera sistemática para las áreas de concentración en las que le toque desempeñarse..
  - 1.3.3. Evaluar el sistema de vigilancia o de información operante en Paraguay;
  - 1.3.4. Comunicar los resultados de los trabajos realizados ,:
    - a. presentación oral en por lo menos 2 (dos) seminarios de PMEC;
    - b. presentación de por lo menos 2 (dos) trabajos científicos en congresos/conferencias o eventos científicos, siendo uno de ellos , preferencialmente, de forma oral;
    - c. publicación en el boletín epidemiológico electrónico en la página web de la DGVS de todos los brotes investigados;
    - d. desarrollo y ejecución de un protocolo de estudio científico de interés para las áreas de concentración;



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

- e. escribir por lo menos un artículo científico de los trabajos ejecutados durante el entrenamiento para publicación en revistas científicas indexadas de relevancia nacional y/o internacional.

1.4. Actividades previstas: Para el desarrollo de las habilidades requeridas, durante los próximos dos años, usted participará de diversas actividades de entrenamiento, conforme se describe abajo:

1.4.1. Curso intensivo: Curso básico para el inicio de las actividades de campo y las áreas de concentración. Éste tendrá una duración aproximada de cuatro semanas, con clases teóricas y prácticas. Los contenidos a ser abordados incluyen: epidemiología, bioestadística, vigilancia, comunicación e informática. Durante el curso, todos los entrenandos desarrollan, en conjunto, un trabajo de campo con la orientación de los coordinadores. Al concluir el curso intensivo, los entrenandos continuarán su formación para desarrollar las habilidades requeridas, actualizando sus conocimientos en vigilancia, epidemiología, bioestadística e informática, por medio de las siguientes actividades:

1.4.1.1. Investigaciones de brotes, epidemias o eventos de importancia en salud pública: Constituyen las principales actividades del primer año del entrenamiento. Son vivencias reales, únicas y particulares, esencialmente prácticas y que responden de forma rápida y eficiente a las emergencias epidemiológicas. Durante estas actividades usted tendrá la oportunidad de tomar decisiones en servicio, a partir del ejercicio del raciocinio epidemiológico aplicable, representando oportunidades para el desarrollo de las habilidades personales, como liderazgo, creatividad, comunicación y profesionalismo. Durante el primer año del entrenamiento usted deberá investigar tres brotes, siendo por lo menos en uno el investigador principal. El Investigador principal tiene la función de liderar la investigación, con total responsabilidad, en todas las etapas. El investigador principal es acompañado del 2º investigador, que debe trabajar para el buen desempeño del equipo. Cuando se defina que una investigación será conducida con la participación de los entrenandos del PMEC, la coordinación del programa elegirá una persona que acompañará al equipo, en general, los primeros días de actividades en el campo.

1.4.1.2. Recomendaciones importantes para el equipo de investigación: Nunca se olvide que, además de estar contribuyendo para su desarrollo, usted estará colaborando con el equipo regional/departamental y/o municipal para la solución de un problema de salud que afecta a una población. Recordar siempre, que al asumir el rol del investigador, representando el Ministerio de Salud, usted debe conciliar los objetivos del entrenamiento con los de los equipos locales, de forma armónica y equilibrada, siendo esto fundamental para el desarrollo de otras actividades en el futuro, priorizando las necesidades de la población.

1.4.1.3. Actividades regulares. Se refieren a las actividades continuas del entrenamiento, en las cuales su participación es requerida, siempre y cuando usted no se encuentre comisionado a algún trabajo estipulado por la misma coordinación. Estas actividades son desarrolladas, comúnmente, en las dependencias físicas de la DGVS/MSPBS. Son ellas:



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

- Reuniones previas para los seminarios. tienen por finalidad revisar las presentaciones previamente preparadas por los entrenandos y que serán presentadas en los seminarios semanales. Eventualmente, de acuerdo con la necesidad, las sesiones para los “preparativos” serán programadas para días y horarios extraordinarios.
- Seminarios semanales. Son reuniones técnico-científicas semanales matutinas, a partir de las 08:00 hs. generalmente en la oficina de entrenamiento. En los seminarios son formalmente presentados los resultados de las investigaciones de brotes, evaluación de sistemas de vigilancia o de información, análisis de banco de datos, entre otros trabajos ejecutados por la cohorte de entrenandos . Los seminarios son abiertos para la participación de los técnicos de la DGVS/MSPBS, además de técnicos invitados de otras direcciones o instituciones.
- Clases teóricas. Se refieren a las clases sobre algún tema de bioestadística, epidemiología, vigilancia en salud, prevención y control de las enfermedades, análisis de datos o cualquier otro tema de interés para el entrenamiento. Esta actividad se realizará una vez al mes, o de acuerdo a las necesidades detectadas por el equipo de coordinación, habitualmente después del horario de seminario.
- Club de Lectura. Consiste en la discusión crítica de artículos científicos. Se exige a los entrenandos el compromiso de realizar una previa lectura del artículo o tema pre-definido. Esta actividad se realiza, una vez por mes, después del seminario.
- Reuniones con los entrenandos. Se realizan generalmente, una vez al mes, después del seminario, para discusión de los aspectos relacionados al entrenamiento.
- Participación en eventos científicos. La participación en congresos o similares, nacionales e internacionales, es permitida y financiada, si existe disponibilidad de recursos financieros y presupuestos, para los entrenandos con trabajos científicos aprobados o tengan invitación oficial. La participación en eventos académicos o científicos por parte de los entrenandos no debe interferir con la organización de respuesta a brotes o epidemias, por tanto requieren de planificación guiada por el equipo de coordinación. Los entrenandos que fueren los primeros autores de los trabajos científicos aprobados, preferencialmente, en la modalidad oral y que nunca participaron de congresos o similares, van a tener prioridad durante el entrenamiento.
- Actividades complementarias. Son actividades que se realizarán a lo largo de los dos años del entrenamiento, de acuerdo con la necesidad sentida y que contribuyan para la formación profesional de lo entrenandos (cursos de actualización y otros). Lo entrenandos podrán también, participar de cursos ofrecidos por el área técnica de concentración o de cursos externos, toda vez que sean compatibles con el entrenamiento y que puedan contribuir en el perfeccionamiento de los entrenandos.



**Tabla 1. Distribución de postulantes según profesión, 1° y 2° cohortes**

<b>Formación / Carrera</b>	<b>1a. Cohorte Año 2011</b>	<b>2a. Cohorte Año 2012</b>
Biología	1	1
Bioquímica	6	4
Enfermería	6	10
Medicina	5	1
Veterinaria	1	0
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>16</b>

Fueron seleccionados 6 postulantes por cada cohorte, que se distribuyeron de la siguiente forma (tabla1)

**Tabla 2: Distribución de participantes según profesión. Primera y Segunda cohorte**

<b>Profesión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Médico	1	10
Bioquímico	2	20
Biólogo	2	20
Enfermera	5	50
total	10	100

**Tabla 3: Procedencia de los participantes. Primera y Segunda cohortes**

<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
15 RS- Pte Hayes	1	10
12 RG. Ñeembucú	1	10
11 RS.Central	2	20
18 RS-Asunción	5	50
9 RS Paraguarí	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



## **Principales logros**

Los alumnos del PEEC han contribuido al fortalecimiento de los sistemas de salud en el país. Durante el período 2011-2013, del total de 10 alumnos ( un alumno de la 1° cohorte no logró pasar las evaluaciones y un de la 2° cohorte se retiró por problemas laborales) se pueden describir los Logros alcanzados , incluyen: 5 sistemas de vigilancia evaluadas por la primera cohorte , y 5 por La segunda cohorte, 15 brotes identificados e investigados , 6 estudios de vigilancia epidemiológica realizados, 6 presentaciones internacionales, dos premios obtenidos a presentaciones orales uno internacional y otro nacional y dos Mini Grants Tephinet- aprobados y ejecutados

## **Investigación de brotes 15 brotes de diciembre 2013-2014**

1. Brote de Hepatitis A. Pilar Dpto. Ñeembucú 2013
2. Investigación de casos sospechosos de Leishmaniosis visceral en una guardería. Limpio. Dpto. Central 2014
3. Brote de ETA. Paso Jobai- Guairá. Diciembre 2013
4. Brote de Dengue IV. Mayor Otaño- Itapúa. 2014
5. Brote de Burkholderia *cepaea* en pacientes dializados en la unidad de diálisis del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Caaguazú 2013
6. Brote de Pseudomonas en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del Hospital San Pablo, Asunción 2013.
7. Brote de Varicela en la Academia Militar y Quindy 2014
8. Brote de Dengue tipo IV en Pedro Juan Caballero, Amambay, 2014.
9. Brote de Coqueluche, Puerto Pinasco, 2013
10. Brote por Intoxicación por Fosfina, Mariano Roque Alonso, 2014
11. Brote, investigación de caso de intoxicación medicamentosa (Dextrometorfano)
12. Brote Acinetobacter - UCIN, varias ciudades – 2014
13. Brote, intoxicación por plaguicida, Pirapó, Paraguay, 2014
14. Brote de casos de Hepatitis A en el Barrio Jara, Asunción 2013.
15. Brote, caso Malaria en Canindeyú - Nueva Esperanza, 2013.

## **Estudios de vigilancia epidemiológica: 6 -de diciembre 2013-2014**

- 1- Encuesta de hogares en el marco del ASIS- Tte. Irala Fernández y Alto Paraguay- 2013
- 2- Oportunidades perdidas en la detección de Sífilis en embarazadas- HBO-2013
- 3- Incidencia de Leptospirosis en trabajadores de Aseo Urbano de la Municipalidad de Asunción- 2013
- 4- Sub-registros de Dengue en servicios de salud. 2013
- 5- Estimación de carga de ETI e Influenza en una comunidad. Asunción- 2013
- 6- Carga Mortalidad Dengue, 2010 a 2013



**Presentaciones internacionales = 6**

1. Dos presentaciones orales en Octava Conferencia Científica de Epidemiología de las Américas (Tephinet) del 5 al 7 de febrero 2014. Rca Dominicana:
2. Una presentación en posters en: 63nd Epidemic Intelligence Service (EIS) Conference, Atlanta Georgia. EE. UU. Setiembre de 2014
3. Una presentación oral en Tercer Encuentro de Epidemiólogos de Sudamérica, Buenos Aires. Argentina:
4. Tres presentaciones orales en el Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública. Granada España 2013.
5. Una presentación oral en el 8° Encuentro Científico del Programa de Epidemiología Aplicada a los Servicios del Sistema Único de Salud (EPISUS)-Brasilia Brasil abril de 2014
6. Una presentación en posters en el XIII Curso Internacional de Epidemiología Molecular em Doenças Infecciosas e Parasitárias Emergentes EPIMOL-Salvador Bahia-Brasil Agosto 2014.

**Éxitos- Prioridades y retos**

**Premios- menciones**

	<b>Título del trabajo</b>	<b>Mención otorgada</b>	<b>Evento</b>
2º Cohorte	Carga de mortalidad por dengue en Paraguay, 2010 al 2013	Primer premio en presentación oral en la sección internacional	8º Encuentro Científico del Programa de Entrenamiento en Epidemiología Aplicada a los Servicios de SUS. Brasilia – DF
	Casos de Hepatitis A en la Comunidad de San Francisco, Barrio Jara, Asunción-Paraguay 2013	Mención de honor a la mejor presentación oral	IX Congreso Paraguayo de Infectología-III Jornada de Microbiología Clínica- VII Jornada de Enfermería,

**Minigrants y proyectos aceptados**

**Tephinet- Mini Grants**

- 1- Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (EMTA) – Validación de un instrumento de recolección electrónico para estudiantes de escuelas públicas y privadas a través del uso de dispositivos móviles creado a través de Epi Info 7, Asunción, Paraguay 2014.

*Dirección General de Planificación y Evaluación*

2- Nombre del Proyecto: "Determinación de sodio urinario como marcador bioquímico para estimar la ingesta de sal en los trabajadores del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Oportunidades de Detección de Brotes de Enfermedades Infecciosas en el Paraguay. 2009/2013.

**Proyecto OPS- DGVS**

1- Prevalencia Parasitosis Intestinal en niños de 6 a 12 años en Paraguay marzo/2015, proyecto que se encuentra a consideración del Comité de Ética de OPS-Washington.

Dentro del marco de la V Muestra Nacional de Epidemiología se realizó la entrega de los Certificado de a los alumnos de la Primera Cohorte que culminaron exitosamente el entrenamiento.

**Documentos de actividades de investigaciones de campo**

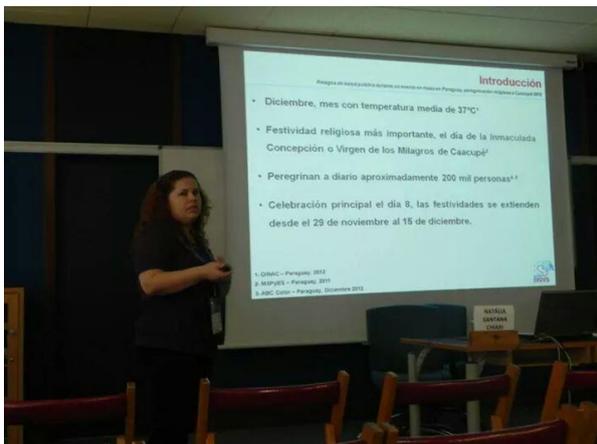




*Dirección General de Planificación y Evaluación*



## PRESENTACION DE TRABAJOS EN CONFERENCIAS INTERNACIONALES



## Visita del Director General de TEPHINET, Dr. Dionisio Herrera (EE. UU)





#### **V MUESTRA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA**

**Acto de clausura, graduación de la 1° Cohorte del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo**





*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

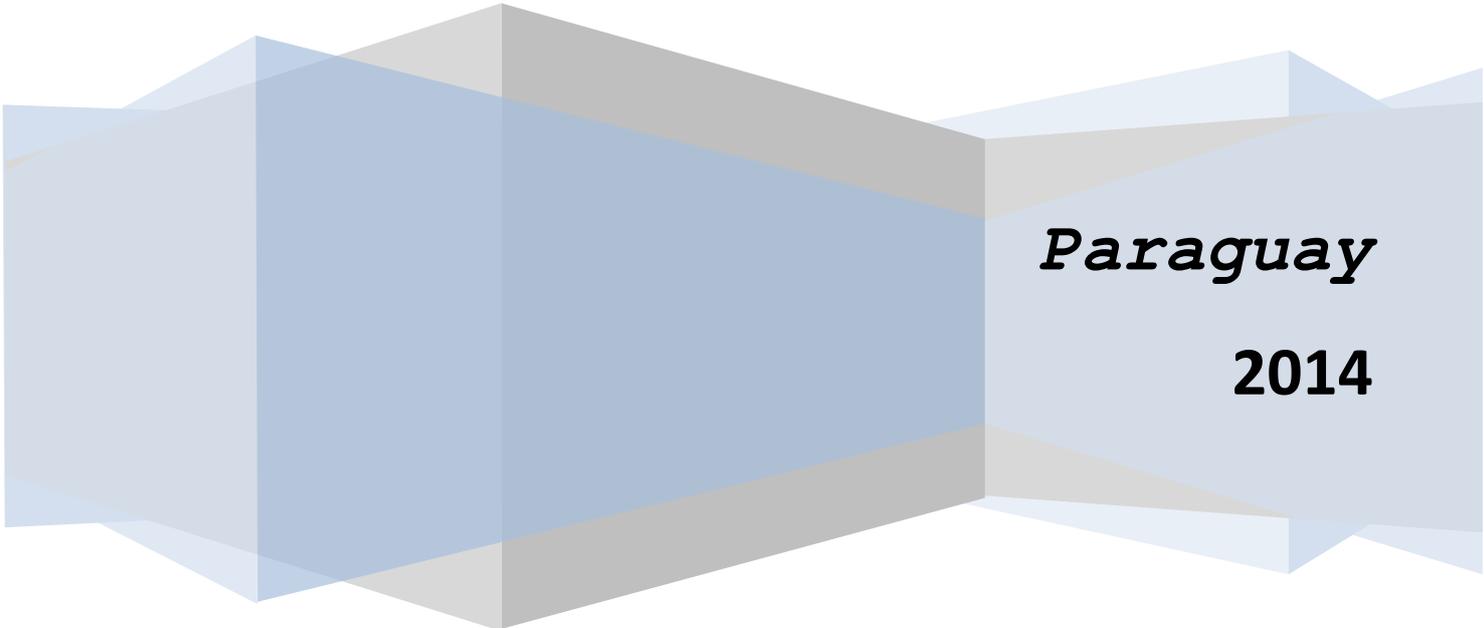




# **CENTRO NACIONAL DE ENLACE**

**CNE**

**DGVS**



***Paraguay***

**2014**



---

## **CENTRO NACIONAL DE ENLACE**

### **Introducción**

En Paraguay, se cuenta con una resolución N° 838, de fecha 20 de octubre de 2006, que designa a la Dirección General de Vigilancia de la Salud como Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Con la finalidad de cumplir con sus funciones y objetivos específicos, el CNE cuenta con un equipo altamente técnico que permite llevar a cabo estas gestiones y poner información epidemiológica ante las autoridades y la ciudadanía en general.

### **Misión**

Estar a disposición en todo momento para comunicarse con los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI, 7 días de la semana, 24 horas, 365 días del año. (7/24/365).

### **Objetivos**

El Centro Nacional de Enlace, tiene como función enlazar gestiones de nivel local, regional, nacional e internacional con capacidad para detectar, verificar y notificar, las 24 hs de los 7 días de la semana.

Responder, articular y agilizar los procesos de verificación y evaluación de situaciones que puedan preceder a la ocurrencia de un ESPIN o ESPII, entre los diferentes subsistemas y niveles de vigilancia,

Establecer canales de comunicación entre los diferentes sistemas de vigilancia de todos los sectores del país con la OMS y viceversa.

### **Principales logros. Difusión de los productos en el sitio oficial de [www.vigisalud.com.py](http://www.vigisalud.com.py)**

#### **Dengue**

Hasta la SE 50 en el año 2013 los casos confirmados + sospechosos suman 142. 792 notificaciones. Y en el año 2014 en el mismo periodo suman un total de 9.733 haciendo una diferencia de 93, 18 % menos que al año pasado. En el presente año las notificaciones por dengue alcanzan un 6. 82 % en comparación con el año 2013.

En el año 2014 se registraron 94 brotes de dengue en todo el país de acuerdo a los umbrales de riesgo, en áreas endémicas 70 y en áreas no endémicas 24 brotes.

#### **Chikungunya**



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

En Paraguay, hasta la fecha, fueron notificados un total de 35 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya al Sistema Nacional de Vigilancia.

De éstos, 8 casos fueron confirmados, 27 fueron descartados. De los 8 casos confirmados, 7 son importados (adquirieron la infección en países del Caribe Latino y en el Área andina) 3 de los casos residen en Asunción, 1 en Amambay (Pedro Juan Caballero), 2 en Central (San Antonio y Luque) y 1 caso corresponde a un viajero extranjero que fue diagnosticado de CHIKV por laboratorio de Referencia Nacional y que retornó a su país. Se registró además 1 caso secundario (autóctono): residente en Cordillera (Arroyos y Esteros) detectado en un clúster relacionado a casos importados.

Principales Logros	Objetivos	Difusión de los productos en el sitio oficial de <a href="http://www.vigisalud.com.py">www.vigisalud.com.py</a>
<p><b>Utilización del “Sistema de Alertas tempranas de dengue a partir de umbrales de riesgo.</b></p>	<p>Detectar precozmente el incremento de notificaciones de casos sospechosos de Dengue por sobre lo esperado para una semana en particular en relación a los diferentes escenarios epidemiológicos por localidad.</p>	<p> <b>Riesgo Bajo</b> La notificación de casos por semana se mantiene debajo del promedio de los últimos años  <b>Riesgo Medio</b> La notificación de casos por semanas es igual al promedio de casos de los últimos años  <b>Riesgo Alto</b> La notificación de casos por semana supera el promedio de los últimos años  <b>Epidemia</b> El número de casos supera el máximo esperado por semana         </p>

Dirección General de Planificación y Evaluación

<p><b>Actualización de los Mapas de Riesgo (49 mapas).</b></p>	<p>Escenarios epidemiológicos identificados a partir de las notificaciones por semanas epidemiológicas y que determinan el porcentaje de semanas con transmisión efectiva de virus Dengue con base en la vigilancia del Síndrome Febril Agudo.</p>	<p>Dengue en Paraguay –SE 47 (16 al 22 de noviembre)</p>
<p><b>5 alertas epidemiológicas alertas epidemiológicas</b></p>	<p>1- 2014.04.07 Riesgo de Transmisión de Enfermedad por virus Ébola (EVD)</p> <p>2- 2014.04.16 Alerta Transmisión autóctona de fiebre por Chikungunya (CHIKV) en las Américas.</p> <p>3- 2014.05.16 ETI (Enfermedad Tipo Influenza) e IRAG (Infecciones Respiratorias Agudas Graves)</p> <p>4- 2014.06.10 Riesgo de Infecciones en los Albergues y Problemas Sanitarios que Originan las Inundaciones</p> <p>5- 2014.08.08 Alerta de Riesgo De Transmisión de Enfermedad por Virus Ébola (EVD)</p>	
<p><b>49 Boletines Semanales</b></p>	<p>El Boletín Epidemiológico es el órgano oficial de difusión de la DGVS y comunica la situación de los eventos bajo Vigilancia establecidos según Resolución SG N° 190/2013 del MSPBS, que reglamenta los Artículos 28° referente a la notificación obligatoria de eventos y 37° relacionado con eventos sujetos a vigilancia epidemiológica; la Ley N° 836/80 del Código Sanitario y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).</p>	



Dirección General de Planificación y Evaluación

<p><b>Emisión de comunicados y recomendaciones a la población en general</b></p>		
<p><b>4 evaluaciones de riesgo a través del Anexo 2 para comunicar al Punto de Contacto de la OMS para el RSI las informaciones urgentes relativas a la aplicación del RSI.</b></p>	<p><b>Nnotificación (art 6):</b> se notifica al Punto de Contacto de la OMS todos los eventos que ocurran en el territorio nacional que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, de conformidad con el instrumento de decisión consignado en el anexo 2. Las cuatro enfermedades de notificación obligatoria bajo el RSI (Influenza por un nuevo sub tipo, poliomielitis provocada por poliovirus salvaje, SARS y viruela)2.</p>	
<p><b>33 boletines de rumores</b></p>	<p>El Boletín de Vigilancia de Rumores es un producto elaborado por el Centro Nacional de Enlace, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.</p> <p>El CNE realiza una búsqueda activa y permanente de información en medios formales e informales internacionales, nacionales y locales, a partir de allí se establece la comunicación con los diferentes niveles y sectores técnicos; Programas Nacionales, Unidades Epidemiológicas Regionales y las distintas entidades oficiales para realizar la verificación de rumores; y retroalimentar permanentemente a</p>	



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

	<p>las áreas técnicas, de acuerdo a los eventos monitoreados.</p> <p>A partir de la verificación de estas fuentes, la importancia de información sobre eventos radica en que éstos pueden constituirse en amenazas para la salud pública por ello la Vigilancia de Rumores ayuda a detectar y comunicar en forma oportuna probables eventos, para lograr intervenciones de control oportunas y reducir el impacto en la salud de la población en general, además de generar alertas precoces.</p>	
<p><b>61 boletines restringidos</b></p>	<p>La información contenida en este boletín se extrae de fuentes formales e informales de información, y tiene por objeto brindar un panorama inmediato y actualizado sobre la situación de salud a nivel regional. Es de distribución restringida exclusivamente con las autoridades del ministerio de salud. Entre las fuentes formales, se incluyen las notificaciones a la Dirección de Vigilancia de la Salud de las Unidades Epidemiológicas Regionales, responsables de Programas, Laboratorios de Referencia, etc.</p>	

**Dificultades**

Manual de vigilancia en proceso de validación, que dificulta las intervenciones de acuerdo a lo eventos ingresados en el CNE.

**Desafíos para el año siguiente**

Contar con línea telefónica para salida internacional.

Contar con nuevas herramientas electrónicas.



*Dirección General de Planificación y Evaluación*

---

Capacitaciones para el equipo técnico del CNE de acuerdo al perfil de cada epidemiólogo para el continuo desarrollo del equipo.