

PARAGUAY

Contexto general



Paraguay (en guaraní, *Paraguái*), cuyo nombre oficial es República del Paraguay, tiene un territorio de 406 752 km², dividido por el río Paraguay en dos regiones: la Oriental —donde se asientan las mayores urbes— y la Occidental —que forma parte del Chaco Boreal—. El país limita con Argentina al sureste, sur y suroeste; con Bolivia, al norte; y con Brasil, al este; y está subdividido

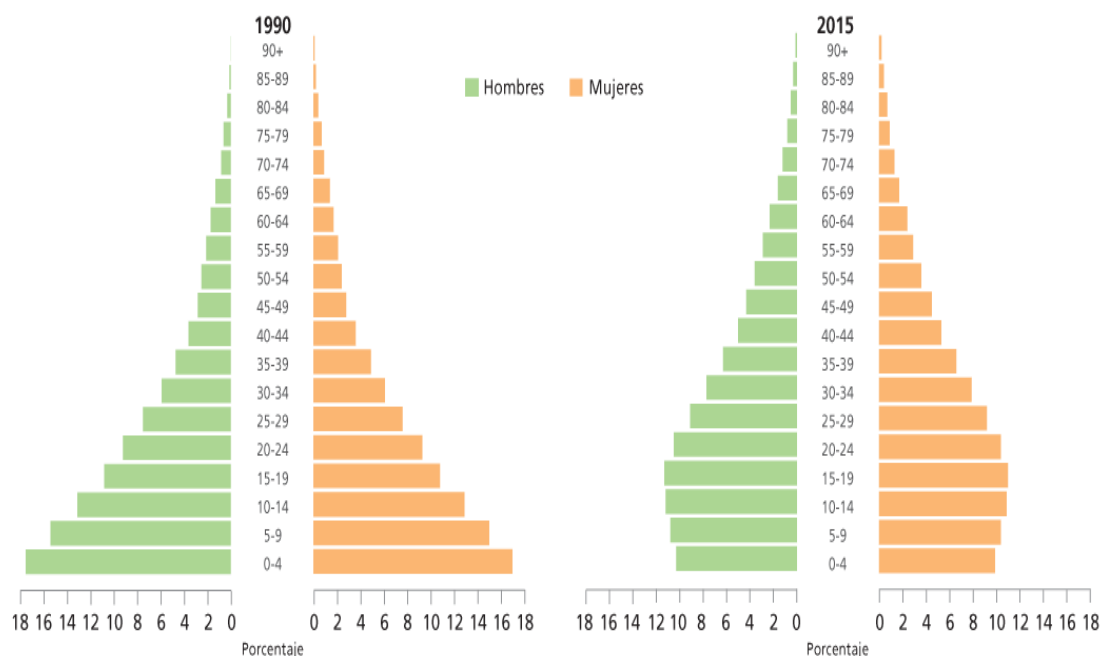
en 17 departamentos y un distrito capital, Asunción, que para los efectos de este informe se contabiliza como un departamento más.

Características demográficas

Tal como se recoge en su Constitución Nacional, promulgada el 20 de junio de 1992, Paraguay es un país multicultural y bilingüe, con dos idiomas oficiales, el español y el guaraní, este último hablado o comprendido por 87% de sus habitantes. Paraguay se define como una república democrática, unitaria y representativa, cuyo gobierno consta de tres poderes: el legislativo, el ejecutivo y el judicial. El poder legislativo reside en el Congreso Nacional, compuesto por dos cámaras: la de senadores con 45 miembros y la de diputados con 80.

En el 2015, la población paraguaya ascendía a 6 755 756 habitantes (50,5% hombres); 31% de su población era menor de 15 años, 63% tenía entre 15 y 64 años y 6% tenía 65 años o más de edad (1). La figura 1 muestra la evolución de la estructura poblacional en Paraguay entre 1990 y el 2015.

Figura 1. Estructura de población según edad y sexo, Paraguay, 1990 y 2015



Source: Organización Panamericana de la Salud, con base en datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. División de Población. Revisión 2015. Nueva York 2015.

Según el censo de comunidades indígenas del 2012, la población indígena era de 112 848 (1,8% de la población del país) y 51,7% de ese total correspondía a los hombres (2). En el 2015, 60,5% de los paraguayos vivía en zonas urbanas, la gran mayoría de ellos en las grandes ciudades de la Región Oriental: Gran Asunción y Ciudad del Este. En la Región Occidental predominaba la población rural, distribuida en pequeños poblados.

La esperanza de vida de la población paraguaya pasó de 69,3 años en el 2011 a 70,7 en el 2015. El ritmo de crecimiento medio anual de la población en el 2015 fue de 1,5% y se calcula que experimentará una leve reducción, hasta 1,3%, en el 2024, con un incremento de la edad mediana de 25 años en el 2015 a 27,9 en el 2024, lo que refleja el envejecimiento de la población y la necesidad creciente de atención sanitaria a las personas mayores. La tasa general de fecundidad en el año 2015 fue de 2,6 y se estima que bajará a 2,3 en el 2024 (1); en la población indígena, esta tasa ha descendido en la última década de 6,3 hijos por mujer a 4,5.

Condiciones económicas

La economía paraguaya se encuentra en crecimiento; es el mayor exportador de energía eléctrica en las Américas, además de ser el cuarto exportador de soja y el sexto de carne bovina en el mundo. Durante la última década, la economía nacional creció a un promedio anual de 5% —más que sus vecinos—, aunque con grandes variaciones debido a su dependencia de los recursos naturales. El producto interno bruto (PIB) per cápita en el 2014 fue de US\$ 8 911; en el 2015 el PIB aumentó 3,0%. La energía eléctrica, generada por las centrales hidroeléctricas binacionales de Itaipú y Yacyretá, junto con la agricultura y la ganadería —sectores altamente productivos y modernos—, encabezan la actividad económica y representaron más de 60% de las exportaciones paraguayas en el 2015. El crecimiento económico sostenido ayudó a reducir la pobreza y a promover la prosperidad compartida: el ingreso del 40% más pobre de la población aumentó en 8% anual entre el 2009 y el 2014, y la proporción de paraguayos que vivían con menos de US\$ 4,0 diarios (umbral de pobreza) bajó de 32,5% a 18,8%. Sin embargo, la pobreza y la desigualdad de ingresos siguen siendo un desafío importante. En relación con la actividad laboral, el grupo predominante es el constituido por los trabajadores por cuenta propia, con 33,5%, seguido de los amos y amas de casa, con 26,2%; en el período 2010-2015, la tasa de ocupación osciló entre 90% y 92% de las 3 492 514 personas económicamente activas.

El sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley 1032/96, está integrado por los sectores público, privado y mixto, y se caracteriza tanto por su falta de integración como por su cobertura territorial asimétrica. Aunque por ley la autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la rectoría que ejerce es débil y, en la práctica, el Sistema Nacional de Salud trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios.

El sector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; la Sanidad Militar, la Policial y la de la Armada; el Instituto de Previsión Social (IPS); el Hospital de Clínicas, perteneciente a la Universidad Nacional de Asunción; y el Centro Materno Infantil. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro —como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas— y otras lucrativas —instituciones de medicina prepaga y proveedores privados—. La Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta que recibe financiamiento tanto del Ministerio como de una fundación privada sin fines de lucro (16).

El Ministerio y el IPS son las dos instituciones de atención sanitaria más importantes de Paraguay con una cobertura nominal conjunta que abarca a aproximadamente 95% de la población del país. En el año 2014 se informó que la cobertura del IPS alcanzaba a 19% de la población (25,4% en las zonas urbanas y 12,6% en las rurales), principalmente trabajadores del sector formal y sus familiares; 7,6% de la población cuenta con otro tipo de seguro médico y 73,4% no tiene ninguna de esas coberturas y queda a cargo del Ministerio, al que corresponde, por tanto, satisfacer la mayor demanda de los servicios de salud (17).

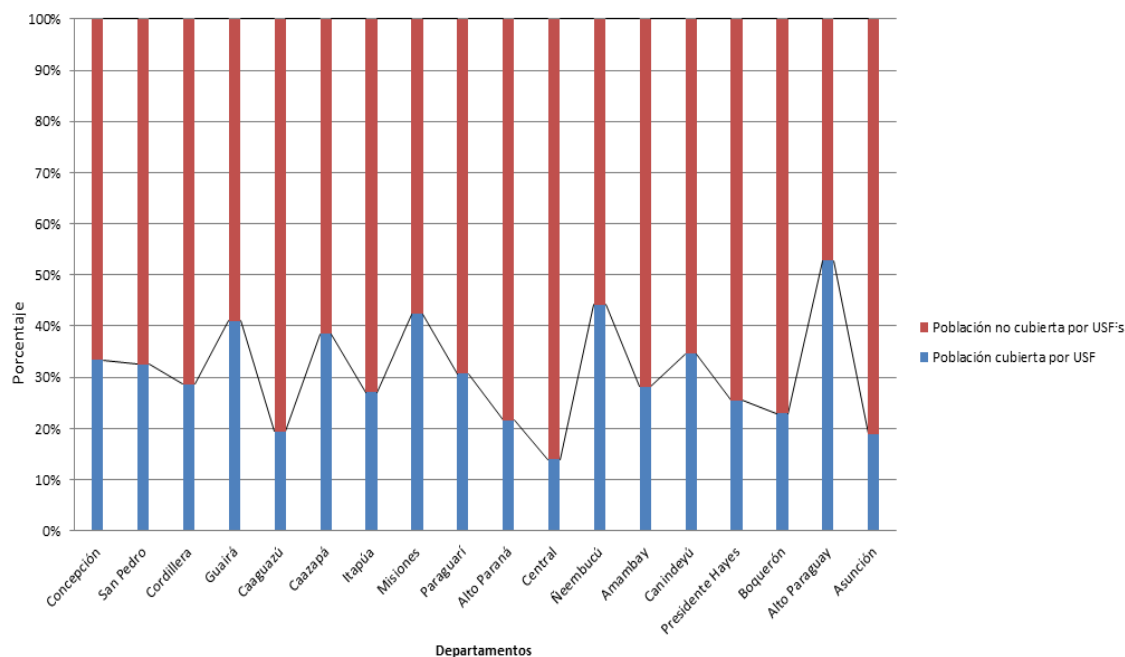
Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto corriente total dedicado a la salud, entendido como la suma de los recursos asistenciales públicos y privados, ascendió en el 2014 a aproximadamente US\$ 1 800 000 000¹ (54,3% financiados por el sector público y 45,7% por el sector privado), lo cual representó el 7,7% del PIB de ese año. La participación del gasto sanitario corriente público en el 2012 fue de 4,1% del PIB, decreció hasta 3,6% en 2013, y creció de nuevo a 4,2% del PIB en 2014; el gasto sanitario privado se mantuvo en promedio en el orden de 3,5% del PIB los últimos años analizados. El gasto sanitario corriente público per cápita (US\$ 155,25) fue superior al privado (US\$ 130,00). El per cápita general del año 2014 fue el más alto de la serie analizada, con US\$ 285,25.²

Como parte del esfuerzo realizado para alcanzar la cobertura y el acceso universales a la salud, a partir de diciembre del 2008 el Ministerio inició la conformación de las unidades de salud de la familia (USF) y su instalación en las regiones sanitarias (16). Las USF constituyen la estructura física en la que se desarrolla una parte importante de las acciones comprendidas en la estrategia de la atención primaria de salud, de forma coordinada, integral y permanente. Con el establecimiento de un equipo mínimo de salud de la familia, responsable de la salud de la población adscrita, estas unidades prestan servicios de consulta, atención domiciliaria, inserción comunitaria, territorialización³, dispensarización⁴ y análisis de vulnerabilidad, mediante actividades de prevención y promoción de la salud, atención médica y habilitación, rehabilitación e inclusión social. Así mismo, cada USF realiza actividades relacionadas con el saneamiento, la docencia, la investigación y la organización social.

La atención primaria solo existe en la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, compuesta por 1 028 establecimientos de prestación de servicios de salud de diverso grado de complejidad, de los cuales 354 tienen posibilidades de internación; por su parte, el IPS tiene 78 establecimientos, 41 de ellos con internación (18). En conjunto, ambas instituciones cuentan con 6 156 camas, para una cobertura de aproximadamente 1 cama por 1 000 habitantes (16).

El número de USF ha aumentado constantemente. Si bien en el año 2010 existían 503 de estas unidades, que atendían a una población aproximada de 2 012 000, equivalente a 22,8% de la población (19), en el 2011 se llegó a 704 USF, distribuidas en 234 distritos de 18 departamentos del país, con lo que se llegó a cubrir una población de 2 467 000 personas; en el 2013 el número de USF aumentó a 743 (20) y los años 2015 y 2016 cerraron con 754 y 796 USF, respectivamente (21). Sin embargo, a pesar de estos incrementos, la cobertura es aún insuficiente y solo alcanza, por ejemplo, a 50% de la población de la región sanitaria de Alto Paraguay, de gran dispersión geográfica y poca densidad poblacional; las regiones de mayor nivel de pobreza — como Caaguazú, Alto Paraná y Boquerón— tienen las menores coberturas. Aunque se trató de que la concentración de USF estuviera acorde con la densidad poblacional, en los sitios con más alto índice de pobreza, donde las USF son más necesarias, es donde hay un mayor déficit. Al analizar el comportamiento de otros indicadores básicos de salud, como la razón de mortalidad materna (RMM), se observa que esta es más alta en los departamentos con baja cobertura de USF, como Alto Paraná y Boquerón, que tienen coberturas inferiores al 30%. De manera general, estos indicadores revelan una enorme inequidad territorial, al mostrar una situación mucho peor en las zonas rurales y urbano-marginales, que son las de menor acceso a los servicios de salud de calidad (figura 2).

Figura 2. Población cubierta por unidades de salud de la familia (USF), según regiones de salud, Paraguay, 2013



Fuente: Elaboración de los autores, con datos de la Dirección General de Atención Primaria, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay; 2013.

Entre los años 2010 y 2011 se realizaron tres evaluaciones a las USF, que recibieron valoraciones muy favorables en cuanto a la gratuidad de la atención y la provisión de medicamentos, el buen trato recibido del equipo de salud de la familia, las indicaciones médicas y la eficacia del tratamiento, el horario de atención, las modalidades de los censos, y las visitas domiciliarias, entre otros aspectos de su trabajo, aunque se concluyó que aún se debe avanzar para lograr una provisión regular de medicamentos, una adecuada infraestructura y suficiente equipamiento (18, 21).

En general, la dotación de los servicios de salud se ha concentrado en las zonas urbanas y más de 90% de los establecimientos de la salud se encuentran en la Región Oriental, lo que se justifica por residir allí más de 95% de la población del país. Sin embargo, el departamento Caaguazú, ubicado también en la Región Oriental y con una gran densidad poblacional —aunque con uno de los mayores niveles de pobreza— solo cuenta con 85 instituciones de salud del Ministerio y 259 camas hospitalarias, lo que constituye uno de los índices locales más bajos del país (0,9 camas por 1 000 habitantes). Esto contrasta con lo observado en otros departamentos con menores niveles de pobreza, como Alto Paraguay y Asunción, que cuentan con más de 4 camas por 1 000 habitantes.

La Constitución Nacional de la República consagra en sus artículos 4, 6, 7, 68 y 69 el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental y a la calidad de vida; en particular, el artículo 68 establece la responsabilidad del Estado de proteger y promover la salud como derecho fundamental. En Paraguay se aprobó en septiembre del 2015 la Ley de Salud Indígena, elaborada en consulta con los pueblos indígenas.

Principales desafíos de la salud

Problemas críticos de salud

Enfermedades emergentes

En el año 2008 se informó de un brote de fiebre amarilla en Paraguay, con un total de 28 casos registrados. En junio del 2014 se detectó la introducción del virus del Chikunguña y en 2015 se registró una epidemia de Chikunguña y dengue en el centro del país. Además, el virus del Zika se detectó por primera vez en octubre de 2015.

VIH/sida e infecciones de transmisión sexual

Se estima que en el 2015 vivían 17 564 personas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el país (4), la mayoría de ellos hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres trabajadoras del sexo y personas transgénero. Según un informe epidemiológico del Ministerio del 2015, del total de personas diagnosticadas con el VIH, 54,3% tenía entre 20 y 34 años de edad, y la tendencia de los últimos años en los jóvenes entre 20 y 24 años muestra un aumento de 33,4% en el 2001 a 39,7% en el 2015. La tasa de incidencia de casos positivos al VIH en todas las edades se incrementó entre el 2010 y el 2015 de 18,1 a 21,2 por 100 000 habitantes, respectivamente (5). La sífilis congénita continúa siendo un grave problema de salud en el país, con 4 recién nacidos infectados por cada 1 000 nacidos vivos (6).

Tuberculosis

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 1990 y el 2014, la incidencia de tuberculosis en Paraguay ha disminuido de 91 a 55 por 100 000 habitantes (39,6%) y la mortalidad bajó de 4,7 a 2,9 por 100 000 habitantes (38,3%). Según esa fuente, el número estimado de casos anuales que se espera detectar en el país, es de 2 700 a 3 000, aunque la tasa de detección nacional alcanza solo entre 75% y 83% de esa cifra; esto significa que no se detecta entre 17% y 25% de los infectados. Paraguay no alcanzó el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 6, de reducir en el 2015 la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis en 50% respecto a 1990.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es otro desafío para la salud pública paraguaya. Según el Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna, la RMM entre 1990 y el 2015 se redujo de 150 a 132 por 100 000 nacidos vivos (12,0%), por lo que no se logró cumplir con el ODM 5, que establece como meta disminuir la mortalidad materna en 75%. Según los datos notificados por Paraguay a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la reducción de la RMM entre 1990 y el 2014 fue de 57,4%; en ese último año se registraron 72 muertes maternas, de ellas 59 clasificadas como muertes directas y 13 como indirectas. Las principales causas de las defunciones maternas fueron toxemia, hemorragia posparto y complicaciones después del aborto (7, 8). Sin embargo, después de realizar la búsqueda intencionada y la reclasificación de las muertes registradas en 2015, se contabilizaron 95 defunciones maternas, lo que eleva la RMM a 81,8 por 100 000 nacidos vivos, y si se suman las 19 muertes tardías, esa razón ascendería a 98,2 por 100 000 nacidos vivos. Al menos, 86% de esas muertes fueron intrahospitalarias. Los cuatro departamentos con mayor RMM fueron

Boquerón, Amambay, Canindeyú y Concepción, con razones de 347, 190, 167 y 153, respectivamente (datos de 2015 aún no publicados).

Embarazo en adolescentes

De los nacimientos registrados en el año 2013, 18,3% corresponde a madres adolescentes (de entre 15 y 19 años de edad) y para 2 de cada 10 de ellas no se trataba de su primer embarazo. Sin embargo, es aún más preocupante el aumento de los casos de embarazo en la primera etapa de la adolescencia (entre 10 y 14 años), pues entre el 2004 y el 2013 se registró un incremento de 62,6% en el número de nacidos vivos de madres de este grupo de edad.

Malnutrición

Paraguay se encuentra en transición epidemiológica, caracterizada por un marcado aumento de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT). Esta transición está acompañada de cambios en los hábitos alimentarios de la población, con un aumento en el consumo de grasas, azúcares y alimentos procesados, lo que da lugar a la coexistencia de deficiencias nutricionales y obesidad. Esta situación se ve agravada, a su vez, por la presencia concomitante de enfermedades transmisibles.

Enfermedades crónicas

Las ENT siguen siendo la principal causa de muerte en Paraguay. En el 2013, las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (18,7%), las neoplasias (14,6%), la diabetes mellitus (8,0%), las enfermedades cerebrovasculares (7,8%), los accidentes (7,4%), las enfermedades del sistema respiratorio (6,1%), la enfermedad renal (2,7%) y los homicidios (1,9%). En el 2014, de las 10 primeras causas de defunción, 8 eran ENT. En relación con las muertes prematuras, el cáncer es la principal causa, con una tasa de 43,8 (42,6 en mujeres y 45,0 en hombres) por 100 000 habitantes (9).

Recursos humanos

Se ha realizado esfuerzos para fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria con la creación de la Dirección de Recursos Humanos en Salud en el Ministerio. Si bien en Paraguay —según datos de esa dirección para el 2015 y una población estimada de 6 755 756 habitantes— hay 55,2 agentes de salud por 10 000 habitantes, 70% de ellos se encuentra concentrado en la zona de Asunción y sus alrededores, donde reside 30% de

la población. La meta regional de recursos humanos para la salud propuesta en el 2013 de 25 profesionales por 10 000 se cumplió, al llegar ese año a 34,4 por 10 000 habitantes. Sin embargo, solo 8,2% de la fuerza laboral está integrada a la atención primaria de salud. La brecha de equidad en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales es aún amplia, con la tasa máxima de 69,3 por 10 000 habitantes en la capital y la más baja, de 7,9 por 10 000 en el Departamento de Alto Paraná. Este indicador puede estar relacionado con una mayor mortalidad materno-infantil: el departamento de Alto Paraná informó en el 2013 una tasa de mortalidad infantil de 20,4 por 1 000 nacidos vivos y una RMM de 151,6 por 100 000 nacidos vivos. Otros desafíos que se deben tener en cuenta son la migración de profesionales de la salud hacia países vecinos, la ausencia de investigaciones sobre recursos humanos para la salud, la formación en atención sanitaria que no satisface adecuadamente las necesidades de desarrollo profesional y del nuevo sistema de atención primaria, y la falta de una normativa y de un control sólido de la práctica profesional.

Los datos aportados por la Dirección de Registros y Control de Profesionales del Ministerio muestran un incremento sostenido del número de profesionales entre los años 2006 y 2016, con un aumento de 7 005 médicos, 3 703 odontólogos, 18 907 licenciados en enfermería y 1 188 bioquímicos durante este período. Además, en el 2016 el país disponía de 3 248 licenciados en obstetricia, 6 482 psicólogos, 3 633 químicos farmacéuticos, 977 trabajadores sociales y 5 378 graduados de otras licenciaturas vinculadas a la salud, como nutrición, kinesiología, fonoaudiología y anestesia, entre otras.

Respecto a la formación del personal de salud, la meta regional propone que 80% de las escuelas de ciencias de la salud deben reorientar su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, e incorporar estrategias para la formación interprofesional; sin embargo, hasta el 2013 solo se había cumplido 42,3% de esa meta.

El Ministerio ha organizado un programa de pasantías rurales, bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción y el Ministerio firmaron un convenio que regirá las pasantías de los médicos egresados de esa casa de estudios y la aplicación de la Resolución No. 844/2010.⁵

Conocimiento, tecnología e información en el ámbito de la salud

En Paraguay se ha avanzado en la implementación de iniciativas relacionadas con la georreferenciación de embarazadas y lactantes mediante la aplicación de un programa

informático *ad hoc*, la implantación de un sistema electrónico de prescripción de medicamentos, la clasificación (*triage*) electrónica de las urgencias hospitalarias, la informatización de la recogida de los datos primarios en las unidades de prestación de servicios de todos los niveles y la implementación de una red nacional de telediagnóstico; todo esto en el sistema público. Esta última red sirve a poblaciones distantes y garantiza tres tipos de diagnóstico: tomografías, electrocardiografías y ecografías; entre el 2014 y el 2016 se realizaron 46 809 tomografías, 19 ecografías y 82 947 electrocardiogramas, para un total de 129 775 diagnósticos remotos (10). Los usuarios han mostrado una alta satisfacción con este sistema de trabajo y la tendencia observada es hacia el incremento de la demanda. Está en fase de prueba la incorporación de la electroencefalografía.

La investigación científica y tecnológica en la salud viene creciendo, pero su producción es aún baja y fragmentada. Paraguay cuenta con docentes no vinculados a la investigación, lo que puede indicar que la investigación aún no ha alcanzado el grado de prioridad y generalización esperado en el sector de la salud. El gasto público en investigación y desarrollo en el país está concentrado fundamentalmente en las ciencias agrarias, que absorbe 36,9% del presupuesto, y las ingenierías y la tecnología (29,6%); en tercer lugar se ubican las ciencias médicas (15,8%).

La Universidad Nacional de Asunción es la institución que realiza más publicaciones científicas y la de mayor visibilidad internacional. Con fondos propios, financia proyectos presentados por grupos de trabajo de sus 12 facultades y sus centros de investigaciones, entre ellos el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, que tiene como misión generar, realizar y promover investigaciones científicas en el área de las ciencias de la salud. El Centro de Gestión de Información (CGI) de la OPS/OMS, como unidad de información especializada en salud pública, apoya el fortalecimiento del Centro Coordinador Nacional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de Paraguay — coordinado a su vez por el Instituto Nacional de Salud— que está integrado por 40 bibliotecas y centros de documentación de instituciones públicas y privadas del sector de la salud. En los últimos 5 años, se logró integrar la Red de Información en Salud (REDISAL) con la incorporación de instituciones de la salud y áreas afines de cuatro departamentos del país.

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), perteneciente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, está compuesto por cuatro subsistemas que funcionan a nivel nacional: sistema de información epidemiológica, sistema de información económica financiera y administrativa, sistema de información sociodemográfica y sistema de información de carácter clínico (11). El subsistema de estadísticas vitales se utiliza en todos los establecimientos públicos y privados, y brinda información para la elaboración de los indicadores de mortalidad materna, fetal, neonatal y de menores de

5 años, entre otros; estos datos se publican anualmente como parte de los indicadores básicos de salud. Sin embargo, en comparación con los datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, estos datos tienen un subregistro de 29,4% en las defunciones y 26,3% en los nacimientos (8).

Además, el Ministerio cuenta con otros subsistemas informáticos que permiten su uso simultáneo por varios usuarios en un entorno basado en la web: Subsistema de Información de Servicios de Salud-Área Ambulatoria, Subsistema de Información de Servicios de Salud y Movimiento Hospitalario, Sistema de Egresos Hospitalarios, Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay, Registro de Cáncer Uterino, Sistema Informático de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, Registro de Emergencias Obstétricas, Sistema de Información Geográfica de Establecimientos de Salud, Sistema de Registro de Profesionales de la Salud del Paraguay y los subsistemas dedicados al control de la tuberculosis (TB) y el VIH, además del Sistema Informático del Programa Ampliado de Inmunizaciones. En septiembre del 2015 se aprobó la Ley de Acceso a la Información y en el 2016 el Ministerio creó un portal de datos abiertos y la aplicación Akuerapp para la *web* y equipos móviles. Estas herramientas permiten a los ciudadanos acceder a los 72 establecimientos de salud más demandados y que cuentan con datos referenciados mediante un sistema de información geográfica. De igual forma, se puede consultar la existencia de medicamentos en las farmacias y la cartera de servicios disponibles.

Medioambiente y seguridad humana

Deforestación y degradación del suelo

En los últimos 50 años, Paraguay perdió casi 90% de su cobertura boscosa original. Entre el año 2002 y el 2015, la deforestación alcanzó un promedio anual de 366 180,47 hectáreas. La deforestación por el cambio de uso de la tierra en el período 2000-2015 fue de 63 383,36 hectáreas en la Región Oriental y 302 797,10 hectáreas en la Región Occidental. El uso de biomasa como combustible sólido en el país fue de 30,4%; 57,0% en las zonas rurales y 13,1% en las urbanas.

Contaminación del aire

Se ha avanzado en el marco legal y regulatorio de la calidad del aire en exteriores con la promulgación de la Ley No. 5211 en julio del 2104. El gobierno difundió las Directrices (<http://www.who.int/indoorair/publications/household-fuel-combustion/en/>) de la OMS sobre la Calidad del Aire de Interiores y su Impacto en la Salud, y obtuvo datos mediante una encuesta —realizada en dos distritos— sobre el uso de combustibles fósiles para la preparación de alimentos y la iluminación, que

incluía la medición de contaminantes en las viviendas muestreadas. Las fuentes de energía para cocinar en el distrito J. A. Saldívar fueron: gas licuado derivado del petróleo (46,5% del total de las viviendas), carbón vegetal (37,0%), leña (11,0%) y electricidad (5,5%), mientras que en El Salado fueron: gas licuado (32,4%), leña (29,7%), carbón vegetal (28,8%) y electricidad (9,1%). Estos resultados demuestran el amplio uso que se hace aún del carbón y la leña (datos no publicados).

Plaguicidas

Según datos de la temporada 2014-2015, en Paraguay se cultivaron 3 264 480 hectáreas con soja. Si se tiene en cuenta que por cada hectárea de este cultivo se necesitan al menos 8 litros de glifosato —producto clasificado por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (*International Agency for Research on Cancer*, IARC por sus siglas en inglés) como probable cancerígeno— se puede tener una idea del volumen de este plaguicida que se vierte al ambiente en el país. En el período 2011-2013 se importaron más de 38 000 000 L (o kg) de productos agroquímicos (12), la mayor parte de ellos herbicidas. Los casos notificados de intoxicación aguda por plaguicidas han fluctuado: 204 en el año 2013; 235 en el 2014; y 199 en el 2015.

Desastres naturales y antropogénicos

Los principales desastres y emergencias en Paraguay en el quinquenio 2011-2015 han estado relacionados principalmente con inundaciones y sequías en algunas zonas del Chaco paraguayo. Las inundaciones se registraron en los años 2012, 2014, 2015 y 2016, mientras que la sequía del primer trimestre del 2012 afectó a todos los departamentos del país y dio lugar a que, mediante el Decreto N.º 8.282 (<http://www.presidencia.gov.py/v1/wp-content/uploads/2012/01/decreto8282.pdf>) de ese año, se declarara el estado de emergencia por la gran afectación a la producción agrícola familiar. En el año 2014, inundaciones registradas en 10 departamentos dejaron aisladas zonas rurales del Chaco y, según datos de la Secretaría de Emergencia Nacional, se vieron afectadas 46 272 familias (231 360 personas) (13). En diciembre del 2015, el desbordamiento de los ríos Paraguay y Paraná —debido al llamado Fenómeno del Niño— afectó a los distritos ribereños de ocho departamentos y causó daños a 23 262 familias (106 021 personas), lo que llevó a establecer 154 refugios en siete regiones sanitarias, según informes de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. En esta ocasión, los daños fueron similares a los sufridos bajo los efectos del Fenómeno del Niño en 1982-1983, pero superaron a los de la emergencia de 1997-1998.

Enfermedades que afectan a la seguridad alimentaria

La principal enfermedad que puede afectar a la seguridad alimentaria en Paraguay y los países vecinos es la fiebre aftosa. De acuerdo con las disposiciones del Capítulo 8.8 del Código Terrestre, Edición 2015, de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), Paraguay presenta zonas libres de fiebre aftosa gracias a la vacunación.

Inocuidad de los alimentos

En los últimos 5 años, en el país se han registrado varios casos y brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. En el 2011 se registraron 255 casos y 6 brotes y, si bien el número de casos ha disminuido en el período 2012 al 2014 (116 personas afectadas), el número de brotes aumentó en el 2015 (9 brotes) (5).

Agua y saneamiento

A finales del 2015, el agua potable llegaba a 71,0% de la población —87,5% en la zona urbana y 71,1% en la rural— a través de 3 754 operadores públicos y privados, los principales de los cuales son la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay, que sirve a 20,1% de la población, fundamentalmente la urbana; el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA/ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), que apoya los servicios mediante las Juntas de Saneamiento, con una cobertura de 31,5% de la población, sobre todo la rural; las Comisiones Vecinales, con 8,2%; los servicios privados, con 9,0%; y otros, que atienden a 2,2% de la población (14). Con esto, el país alcanzó el ODM 7 relativo al agua.

En el 2015, la población servida con alcantarillado sanitario en Paraguay era de 12,3%; 42,8% contaba con cámara séptica y pozo absorbente; 26,7% solo tenía pozo ciego con arrastre de agua; 8,5% tenía letrina común sin techo o puerta; 7,2%, letrina común de hoyo seco; 1,1%, letrina ventilada; y 0,4%, letrina con descarga directa en cauces de agua. Esto permitió que el país alcanzara el ODM 7 relativo al saneamiento.

Desechos sólidos

La generación de residuos sólidos en Paraguay es de aproximadamente 1 kg/día por persona, por lo que se estima que la producción diaria es de casi 7 000 toneladas. De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares, apenas la mitad de la población (52%) recibe el servicio de recolección domiciliaria: 76% de la población urbana y solo 16,3% de la rural. En cuanto a la situación de la disposición final de los rellenos sanitarios urbanos, solamente 36 (15,1%) de los 238 municipios cuentan con un vertedero habilitado.

Envejecimiento

La esperanza de vida al nacer en el 2015 fue de 76,5 años en las mujeres (un aumento con respecto a 72,1 años en el 2009) y 70,8 años en los hombres (70,0 años en el 2009). Según estimaciones, en los últimos 10 años la población adulta de 30 a 59 años creció en 27,8% y la de menores de 15 años, en 3,7%, mientras la proporción de personas mayores (60 años o más) aumentó en 42,2% (5).

En Paraguay, las primeras cuatro causas de muerte corresponden a ENT desde hace varios años, lo que afecta en gran medida a la población de mayor edad. La prevalencia de estas enfermedades ha ido en aumento en los últimos años, así como la frecuencia de sus principales factores de riesgo: los malos hábitos de alimentación y el sedentarismo. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2011 (ENFR 2011), las personas consumían frutas 4,4 días en promedio en una semana típica, independientemente del grupo de edad y el sexo. La elevada prevalencia de obesidad en Paraguay obliga a tomar medidas que favorezcan la prevención y la reducción de los factores de riesgo, así como la intervención en los ambientes favorecedores de la obesidad. A partir de estimaciones de los equivalentes metabólicos, según los resultados del Cuestionario Global de Actividad Física (GPAQ, por sus siglas en inglés), se estimó que el nivel de actividad física era bajo en 59,7% de la población, intenso en 25,1% y moderado en 15,2%. En promedio, la población realiza actividad física durante 18,8 minutos en su tiempo libre —significativamente más en los hombres (31,3 minutos) que en las mujeres (6,0 minutos)—; al indagar sobre el tiempo dedicado a actividades sedentarias, el promedio fue de 264,5 minutos.

Seguimiento de la organización, prestación de atención y desempeño de los sistemas de salud

En Paraguay se han promulgado leyes y decretos dirigidos a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población, como el Decreto 3000/2015 para el Fomento de la Agricultura Familiar, la Ley N.º 5210/2014 sobre Alimentación Escolar, la Ley 4698/2012 de Garantía Nutricional de la Primera Infancia y la Ley 5508/2015 sobre Lactancia Materna. Además, se aprobó el Plan de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles para el período 2014-2024 y se cuenta con una Política de Promoción de la Salud para el período 2015-2019, aprobada en el 2015 mediante la Resolución 995 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La Dirección de Auditoría de Gestión, como dependencia de la Dirección General de Auditoría Interna del Ministerio, tiene como misión contribuir al logro eficiente y eficaz de los objetivos institucionales mediante las recomendaciones brindadas, con el fomento de la colaboración del talento humano, la promoción de la calidad en la

gestión y la mejora continua.⁶ Para ello, se cuenta con el documento Organigrama y Manual de Funciones, aprobado por la Resolución S.G. N.º 390, del 17 de mayo del 2002, y el Manual de Procedimientos de la Dirección General de Auditoría Interna del Ministerio, aprobado por la Resolución S.G. N.º 429, del 2008. En ese sentido, se define un sistema nacional de monitoreo y evaluación que posibilitará seguir y conocer el desempeño del sistema de salud. Como complemento, se ha promovido la cultura de evaluación de las políticas y los programas implementados, incluidas las USF descritas en apartados anteriores.

Situación de salud y sus tendencias

La salud de los diferentes grupos poblacionales

Salud materna y reproductiva

En el 2013, 80,6% de las mujeres embarazadas asistieron al menos a cuatro consultas prenatales y 96,2% de los partos se atendieron en instituciones de salud.

Salud del niño

La tasa de mortalidad en menores de 5 años descendió 59% entre el año 1990 y el 2104, de 40,0 a 16,8 por 1 000 nacidos vivos. Por su parte, la mortalidad infantil (menores de 1 año) se redujo 53,3% entre esos años al pasar de 30,4 a 14,2 por 1 000 nacidos vivos; no obstante este avance, no se alcanzó la meta del ODM 4 que era alcanzar una reducción de 66,6%. En este descenso influyó fundamentalmente la baja mortalidad posneonatal —ya que la tasa de mortalidad neonatal se redujo solamente en 32,6% en ese período (8)—, a lo que seguramente contribuyeron el incremento de la inversión relacionada con la salud (de 0,4% del PIB en 1990 a 3,6% en el 2013), el impulso dado a la atención primaria de salud mediante la creación y el desarrollo de las USF a partir del 2008 (en el sector público se pasó de 3 millones de consultas en el 2007 a más de 14 millones en el 2013) y la introducción de nuevas vacunas (antineumocócica, antirrotavírica, antivariólica y contra la gripe) con altas coberturas de vacunación.

La tasa de mortalidad infantil registrada en el 2015 fue considerablemente superior a la media nacional en tres departamentos: Alto Paraguay (23,6%), Boquerón (22,9%) y Presidente Hayes (19,9%). De igual modo, la mortalidad neonatal fue mucho mayor que la media nacional en tres departamentos: Alto Paraguay (20,3%), Concepción (13,6%) y Boquerón (13,2%). Las principales causas de muerte neonatal fueron las lesiones debidas al parto, las malformaciones congénitas, las infecciones del recién

nacido y la prematuridad. En el caso de la mortalidad infantil, las causas más frecuentes fueron la neumonía, la gripe y las diarreas (8). Según los datos administrativos nacionales, las coberturas de vacunación en el 2015, según la proyección de la población a partir del censo realizado en el 2002, fueron de 89% con la vacuna pentavalente (DPT-3) y 66% con la vacuna contra el sarampión. No obstante, el monitoreo sistemático de los vacunados y las estimaciones de coberturas realizadas por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para este mismo año informan cifras de 93% y 83%, respectivamente.

Salud del escolar (de 5 a 9 años)

Según estimaciones, el grupo de 5 a 9 años representa el 10,6% de la población del país y en los últimos 10 años registró un crecimiento de 3,7%. Durante el 2014 se notificaron 124 defunciones en este grupo de edad, 40% de ellas por causas externas y 28% debido a tumores, malformaciones congénitas, y enfermedades respiratorias y del sistema circulatorio (8).

Salud del adolescente (de 10 a 19 años)

El grupo de 10 a 19 años de edad constituye el 21% de la población paraguaya. En el 2014, según las estadísticas vitales del Ministerio, los accidentes de tránsito y los homicidios fueron la primera causa de muerte en este grupo (8).

Salud del adulto

El grupo de adultos de 30 a 59 años representa el 31,3% de la población, y en los últimos 10 años ha tenido un crecimiento de 27,8%. De las 26 975 muertes registradas en el 2014, 22,9% correspondió a este grupo: 64% de hombres y 36% de mujeres (8). Las tres principales causas de muerte en ese grupo de edad ese año fueron los tumores y las neoplasias (21,0%), las causas externas (19,5%) y las enfermedades del sistema circulatorio (19,4%) (8).

Salud del adulto mayor

Según estimados, en el 2014 las personas mayores (de 60 años o más) constituían el 8,4% del total de la población, y en los últimos 10 años este grupo ha tenido un crecimiento de 42,2%. De acuerdo con las estadísticas vitales, 63% de las muertes registradas en el país correspondió a las personas mayores, de las cuales 52% eran hombres y 48% mujeres. De las causas de mortalidad registradas ese año, 65% correspondió a enfermedades del sistema circulatorio, tumores, diabetes mellitus,

enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial, causas externas, neumonía y gripe (8).

Salud de las personas con discapacidad

Se estima que en el país viven 514 635 personas con discapacidad (10,7% de la población), de los cuales 53,5% corresponde a mujeres y 46,5% a hombres. Según un estudio realizado en la Región Oriental, la prevalencia de discapacidad en el 2008 era de 19,4% y las formas más frecuentes fueron la multidiscapacidad (28%), la disfunción de aparatos y sistemas (28%), la discapacidad física (19%) y los trastornos visuales (18%); 7% tenía otras formas de discapacidad (15). Paraguay ratificó la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley N.º 1925/02) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo (Ley N.º 3.540/08); en el 2012 se creó la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad mediante la Ley N.º 4720/12.

Mortalidad

Las tendencias de la mortalidad general por todas las causas se mantuvieron hasta el año 2014 con un perfil similar al observado en el 2009. De las 26 975 defunciones ocurridas en el 2014, 56% correspondió a hombres, proporción que aumentó hasta 78% en los jóvenes adultos (de 15 a 35 años). En ese período, el subregistro de la mortalidad se mantuvo en alrededor de 29%, aunque cabe señalar que las causas mal definidas bajaron de 13% en el 2009 a 11% en el 2014. En este último año, las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables de 17,8% del total de las muertes registradas en el país, seguidas de los tumores, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y las enfermedades del sistema respiratorio, entre otras causas (cuadro 1). Sin embargo, en la población indígena la distribución de las defunciones según sus causas estuvo determinada por las condiciones de vulnerabilidad en que vivían y la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema respiratorio (11,3%), seguidas de los accidentes, la tuberculosis, las enfermedades nutricionales y la anemia, y los homicidios (cuadro 2) (8).

Morbilidad

Enfermedades transmisibles

A fines del año 2001 se consiguió reducir la tasa de prevalencia nacional de **lepra** a menos de 1 por 10 000 habitantes, con lo que en la práctica se logró la eliminación de esta enfermedad en el país. El promedio de casos nuevos anuales notificados entre el 2011 y el 2015 fue de 440 y en 80% de ellos se identificó la forma multibacilar. De los 421 casos nuevos detectados en el 2015, 371 (88,1%) eran multibacilares, 14 (3,3%) eran menores de 15 años y 44 (10,4%) presentaban discapacidad grado II; en 2015 se encontraban en tratamiento 454 personas. En siete departamentos de Paraguay no se ha logrado la eliminación de la lepra como problema de salud pública (3).

En relación con VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, en el año 2015 se detectaron 1 430 casos nuevos de VIH, de los cuales 907 (63,4%) eran hombres; del total, 423 (29,6%) se diagnosticaron como sida. Tanto en el 2014 como en el 2015, se registraron más de 100 casos nuevos de VIH por mes. De las 17 564 personas que, según los cálculos, vivían en diciembre del 2015 con la infección por el VIH en el país, 5 505 (31,3%) tenían tratamiento antirretroviral, un aumento con respecto a 18,3% que recibía tratamiento en el 2010. A esto ha contribuido el avance en la descentralización de los servicios de atención integral, donde se ofrece la terapia antirretroviral, que han pasado de 6 en el 2010 a 10 en el 2015. De las personas con VIH diagnosticadas en el 2015, la mayoría (56,5%) tenía entre 15 y 34 años; la relación hombre:mujer de los nuevos casos diagnosticados con el VIH se ha incrementado de 1,6 a 1,7.

En relación con el Programa de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil, en Paraguay se garantizan las pruebas para confirmar la infección por VIH y sífilis en 1 137 servicios de salud (78% de los establecimientos del Ministerio). A 52,5% de las aproximadamente 160 000 mujeres embarazadas en el 2015 se le realizó la prueba para el VIH y se le informó su resultado, lo que permitió detectar 131 mujeres embarazadas con el VIH; 87% de ellas tenía entre 15 y 34 años de edad. La proporción estimada de embarazadas que recibieron medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical del VIH fue de 55,7%, un incremento de 22,9% con respecto al 2010 (45,3%). A 69% de las mujeres que acudieron al Ministerio se le realizó la prueba para el diagnóstico de sífilis en alguna de sus visitas. De ellas, 4,3% resultó positiva y, de estas, 57% recibió tratamiento con penicilina. A pesar del avance experimentado en el país en el quinquenio analizado, aún no se ha podido cumplir con la meta 6A de los ODM, relativa a detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida, y la meta 6B, que propone lograr en el 2015 el acceso al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten.

En Paraguay, la incidencia de **tuberculosis (TB)**, en todas sus formas, estimada por la OMS para el 2014 fue de 43 por 100 000 habitantes, mientras que los datos nacionales reflejan una tasa de incidencia de 38 por 100 000 habitantes en el 2011 y de 35 por 100 000 habitantes en el 2015; esto podría indicar que hay una subnotificación de 17% si se toma como referencia la cifra estimada por la OMS. Las tasas de incidencia más altas corresponden a los estados Boquerón, Presidente Hayes y Alto Paraguay, con valores de 116, 88 y 54 por 100 000 habitantes, respectivamente. La incidencia de TB es casi 10 veces mayor en la población indígena que en la población en general, y fue de 429 y 272 por 100 000 habitantes en el 2011 y el 2015, respectivamente. Es preocupante la situación de las personas privadas de libertad, en las que la incidencia de TB llegó a 2 085 por 100 000 habitantes en el 2015; el centro penitenciario de Alto Paraná informó una incidencia de 4 748 por 100 000 ese mismo año. El número de casos nuevos y recaídas detectados en la población penal se ha mantenido casi constante en el quinquenio estudiado: alrededor de 2 358 casos por 100 000 habitantes, con un pico de 2 476 por 100 000 en el año 2012. La tasa de curación de pacientes con TB y baciloscopia positiva disminuyó de 70% en el 2011 a 61% en el 2015. En el 2012, en el país se registraron 7 casos de TB con resistencia a la rifampicina (RR) y a varios antibióticos —entre ellos la rifampicina y la isoniazida— (MDR), con una tasa de éxito terapéutico de 57%; esta baja tasa de éxito del tratamiento, tanto en pacientes con TB resistente como sin resistencia, eleva las posibilidades de que aumente el número de casos de TB MDR.

Las **enfermedades transmitidas por vectores** constituyen un problema de salud importante en Paraguay. Por ejemplo, el dengue en el país se caracteriza por ciclos epidémicos, de aproximadamente dos años, determinados por factores ambientales, sociales y conductuales que favorecen la presencia y la permanencia de criaderos del vector transmisor. Del 2011 al 2015, Paraguay enfrentó una de las mayores epidemias de dengue de su historia, que en el 2013 ocasionó 133 718 casos y 251 defunciones; durante esa epidemia circularon los serotipos virales DEN-1, DEN-2 y DEN-4.

En junio del 2014 se notificó la introducción de la enfermedad de chikunguña, con 8 casos importados y uno autóctono. En el 2015 se desató una epidemia concomitante con dengue en la zona central del país, con 4 294 casos.

El virus del Zika se detectó en Paraguay por primera vez en octubre del 2015, y en el 2016 —hasta la semana epidemiológica 38— se habían registrado 8 casos confirmados por el laboratorio y otros 1 243 con características clínicas compatibles, de ellos 535 sin confirmación y 702 descartados. Además, en ese período se notificaron al sistema de vigilancia 57 casos de síndrome congénito posiblemente asociados con la infección por este virus; de ellos, 2 casos se confirmaron por el laboratorio, 11 casos se

descartaron y 44 casos tenían resultados inconclusos. También se habían notificado 39 casos con el síndrome de Guillain-Barré, que estaban en investigación.

La enfermedad de Chagas es un problema de salud pública en Paraguay, con más 165 000 casos nuevos estimados; la vía más frecuente de transmisión es la congénita. En el año 2015 se identificaron 2 831 casos crónicos de esta enfermedad en el país, de los cuales 825 (29,1%) recibieron el diagnóstico en los servicios de salud y 2 006 (70,9%) en los bancos de sangre (positividad de 2,3% del total de las muestras procesadas). El control vectorial ha logrado avances considerables mediante acciones aplicadas durante más de una década, lo que permitió lograr la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial por *Triatoma infestans* en 17 de las 18 regiones de salud; solo queda pendiente eliminar la transmisión en el departamento Presidente Hayes para poder certificar todo el país (3).

En Paraguay se ha logrado eliminar la transmisión autóctona de la malaria y se solicitó a la OMS su certificación, por lo que ha cumplido con el ODM 6B. Se mantiene la vigilancia epidemiológica de las enfermedades febriles agudas, entre las que la fiebre amarilla, el dengue, el Chikunguña y el Zika son las más relevantes.

Los esfuerzos por controlar **las enfermedades prevenibles por vacunación** en el país han sido exitosas. Durante el quinquenio analizado, Paraguay se mantuvo sin casos autóctonos de sarampión, rubéola, poliomielitis y tétanos neonatal, de manera que en el 2014 la OMS declaró formalmente al país libre de la transmisión endémica de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita. En el 2015 se inició la planificación de la fase final de erradicación de la poliomielitis, con la introducción de la vacuna antipoliomielítica inactivada. En este período, se incluyeron en el esquema nacional de vacunación seis nuevas vacunas para prevenir la varicela, la gripe, la hepatitis A, la tos ferina (vacuna acelular) y las infecciones por virus del papiloma humano y neumococos.

Con respecto a **las zoonosis**, en el período 2011-2015 no se detectaron casos de rabia en humanos y solo se notificaron 4 casos de rabia canina. El número de accidentes ofídicos registrados anualmente se mantiene en un promedio de 188 casos (5). En el año 2015 se notificaron 126 casos de leishmaniasis tegumentaria, para una tasa de incidencia de 1,9 por 100 000 habitantes. Los departamentos con mayor número de casos fueron Caaguazú (22,2% de los casos), San Pedro (20,6%), Amambay (14,3%) y Canindeyú (12,7%). En los últimos 15 años se ha observado una tendencia decreciente: de 1 251 en el año 2002 a 126 casos en el 2015. Sin embargo, se ha producido un incremento de casos de leishmaniasis visceral entre el 2004 y el 2013, con alrededor de 60 casos anuales en promedio; en los últimos 2 años se apreció una reducción del número de casos anuales registrados de 113 a 93. La tasa de incidencia de

leishmaniasis visceral en el 2015 fue de 1,4 por 100 000 habitantes, y el departamento con mayor número de casos fue Central (63%) (3).

Enfermedades crónicas no transmisibles

La tasa de mortalidad por **cardiopatía isquémica** en el 2013 fue de 22,1 muertes por 100 000 habitantes, mientras que la de enfermedades cerebrovasculares fue de 16,2 por 100 000 habitantes (9). Los resultados de la ENFR 2011 revelaron que 84,2% de la población estudiada refirió haber tenido alguna vez una medición de su presión arterial por un médico o un profesional de la salud, 32,3% señaló que había recibido el diagnóstico de **hipertensión arterial** por parte de algún profesional de la salud en los últimos 12 meses (38,0% mujeres y 25,3% hombres) y 45,8% presentó presión arterial elevada en la medición realizada durante la encuesta. Por su parte, la prevalencia de **diabetes mellitus** en el país fue de 9,7% (11,0% en mujeres y 7,9% en hombres). La tasa de mortalidad por diabetes en menores de 70 años en el 2013 fue de 24 por 100 000 en mujeres y 18,8 por 100 000 en hombres (9). A partir de la aprobación de la Ley N.º 5372/2014, sobre la prevención y la atención integral de la diabetes, se han establecido, de forma progresiva, la atención de las personas con diabetes en todos los servicios asistenciales. A partir del 2014 se puso en marcha en varios departamentos el modelo de cuidados crónicos para la atención de la diabetes y la hipertensión arterial y se trabaja para extender este modelo a todo el país.

El cáncer es la segunda causa de muerte en Paraguay, después de las enfermedades cardiovasculares. En el 2013, la principal causa de muerte en hombres fue el cáncer de pulmón-tráquea-bronquios —código 401 según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud de 2010 (CIE-10)— y en mujeres, el cáncer de mama (código 324) y el cervicouterino (código 278), ambos con un aumento notable entre el 2009 y el 2013 (9). Ese mismo año (2013) se creó el Programa Nacional de Control del Cáncer (Resolución de la Secretaría General N.º 93/2013) y desde el 2015 se trabaja en la creación del Registro de Cáncer de Base Poblacional.

En el 2009 se registraron 199 muertes por **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**, cifra que aumentó a 492 en el 2014 (8). Ese año se creó el Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias Crónicas, con el objetivo de contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por este tipo de enfermedades en la población adulta de Paraguay, especialmente por EPOC, y de su principal factor de riesgo: el consumo de tabaco.

Enfermedades nutricionales

La prevalencia nacional de desnutrición (peso bajo para la edad) era de 5,2% en 2011, y la de desnutrición crónica (talla baja para la edad) era de 12,9%, ambas en menores de 5 años. Esto puede deberse a la alta prevalencia de mujeres embarazadas con peso bajo (27,1%) y con obesidad (peso/talla según la edad gestacional) (30%). Además, 26% de los escolares y adolescentes presentaban sobrepeso u obesidad, según su índice de masa corporal. Con respecto a los mayores de 20 años, en 2001 también se observó un incremento en la frecuencia de sobrepeso y obesidad, que ha llegado a 57% —mayor entre las mujeres—, lo que se ha asociado con prácticas y estilos de vida no saludables.

Accidentes y violencia

Del 2009 al 2013, hubo un aumento en las defunciones por accidentes de tránsito de 2,1 puntos porcentuales, y el porcentaje de defunciones por accidentes de tránsito en motocicletas ha aumentado de 44,4% a 55,8%, respectivamente (9), con un descenso relativo durante los 2 años siguientes. En el marco del Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, se creó la Agencia Nacional de Tránsito y Seguridad Vial (Ley N.º 5016/2014); desde esta instancia se desarrollan líneas de acción tendientes a mejorar la seguridad vial. Es importante mencionar que los homicidios constituyen la 9.ª causa de mortalidad, con 537 muertes en 2013 (9).

Trastornos mentales

Según la ENFR 2011, 33,6% de los encuestados (42,1% de las mujeres y 25,2% de los hombres) declararon antecedentes de algún síntoma o signos de depresión. La tasa de suicidios ajustada por la edad en el 2014 fue de 5,6 muertes por 100 000 habitantes (dos veces más en los hombres que en las mujeres), una de las más bajas de la Región (9). Si bien se han observado avances en la descentralización de la atención de la salud mental, todavía la cobertura es en gran medida insuficiente. En el 2016 se validó el Plan de Acción de Salud Mental (2015-2020), enmarcado dentro de la Política de Salud Mental.

Otros problemas de salud

Del 2008 al 2012 hubo un incremento de 87% en el número de establecimientos con **servicios odontológicos** en el país, además de la atención brindada mediante las clínicas móviles, que en el 2012 atendieron a 23 000 pacientes en 217 comunidades indígenas. En total, ese año se realizaron 1 137 503 procedimientos odontológicos.

En el 2013, la prevalencia total de **ceguera evitable** en personas de 50 años o más en Paraguay era de 1,1%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las principales causas notificadas de ceguera en este grupo de adultos fueron la catarata no operada (43,8%), el glaucoma (15,6%) y la degeneración macular relacionada con la edad (9,4%) (22). El país cuenta con 219 oftalmólogos (38 en formación) y 60 de ellos laboran en los servicios públicos del Ministerio. Durante el 2015 se realizaron alrededor de 13 119 cirugías de catarata, de ellas 56,2% en el sector público, 11,4% en el sector privado y el resto en otras instituciones —como la Fundación Visión y la Fundación Banco de Ojos— y mediante la colaboración médica cubana (23).

Factores de riesgo y de protección

Según datos de la ENFR 2011, 14,5% de los adultos paraguayos consume **tabaco**. En el 2014 se realizó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, que reveló un descenso en la proporción de fumadores en este grupo de la población: de 8,3% en el 2008 a 5,8% en el 2014 (24), aún más marcadamente en los varones. Se observó un descenso mayor en la frecuencia de fumadores pasivos, ya que la exposición pasiva al tabaco en lugares públicos se redujo de 55,8% en el 2008 a 27,9% en el 2014 (24). A fines del 2015 se promulgó la Ley N.º 5538/2015 que estableció y normó la lucha contra el tabaco, alineada con el Convenio Marco para el Control de Tabaco, aunque aún está pendiente su reglamentación para poder implementarla.

Según la ENFR 2011, 50,9% de los adultos encuestados había consumido **alcohol** en los 30 días anteriores a la entrevista, mientras que el consumo excesivo fue de 75,2% en los 12 meses anteriores. Según un estudio realizado en el 2013, el consumo excesivo episódico fue de 32,5% entre los hombres y 14,2 en las mujeres (9). En cuanto a los jóvenes, el Segundo Estudio Departamental de Prevalencia de Consumo de Drogas, Factores de Riesgo y Prevención en Jóvenes Escolarizados de 12 años o más, realizado en el 2015, reveló que 58,9% de los jóvenes escolarizados consumió alcohol alguna vez en su vida y 1 de cada 4 lo había consumido en los 30 días anteriores a ese estudio.

La **marihuana** resultó la sustancia ilícita de mayor consumo en Paraguay: 5,7% de los encuestados admitió haberla consumido al menos una vez en la vida (7,1% de los hombres y 4,5% de las mujeres). La cocaína fue la segunda droga ilícita más frecuentemente consumida por los jóvenes participantes en ese estudio: 2,0% (2,7% de los hombres y 1,4% de las mujeres) manifestó haber consumido cocaína alguna vez en la vida. En general, 10,3% de los encuestados aceptó haber consumido alguna droga ilícita al menos una vez en su vida (11,4% de los hombres y 9,4 de las mujeres).

Los niveles de **actividad física insuficiente y el sedentarismo** en Paraguay son similares a los informados en otros países de la Región: uno de cada cuatro paraguayos adultos

no realiza suficiente actividad física. En el 2013 se aprobó la Política Nacional de Promoción de Actividad Física, que tiene un enfoque que comprende el curso de la vida, y desde el 2014 se cuenta con un Manual de Promoción de Actividad Física. El Ministerio ha firmado convenios con universidades y empresas privadas para la implementación de entornos saludables, pausas activas y senderos saludables, entre otras iniciativas.

La prevalencia de **obesidad** en Paraguay es de 23,2%, con un aumento notable en dos grupos de la población: escolares y adolescentes, y mujeres embarazadas. En el 2014, la prevalencia de obesidad era de 8,5% en el primer grupo y 29,9% en el segundo; un aumento considerable desde el 2007, cuando era de 4,8% y 18,9%, respectivamente. En este contexto, en el 2013 se establecieron las pautas para la prevención y el tratamiento de trastornos de la alimentación y sus efectos dañinos a la salud (Ley N.º 4599/2013) y en el 2015 se puso en marcha la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de la Obesidad, con la finalidad de promover la integración multisectorial en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Accidentes y enfermedades ocupacionales

La población económicamente activa en Paraguay es de 3 492 514, de los que 3 306 124 estaban ocupados. El sistema de gestión de riesgos laborales está monitoreado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y solo los trabajadores del sistema privado (aproximadamente 520 000 trabajadores) tienen cobertura de seguridad social y acceso a la cobertura por riesgos profesionales. Existe un importante subregistro de los accidentes de trabajo; no obstante, un estudio informa de 1 000 a 1 300 accidentes laborales por año en los trabajadores cubiertos por la seguridad social, mientras que otro menciona una prevalencia de accidentes de 37% en recolectores de residuos del sector formal y de 30% en los trabajadores por cuenta propia.

Perspectivas

En el quinquenio 2011-2015, en Paraguay se han logrado avances importantes en la cobertura y el acceso a la atención de la salud, hasta abarcar 66% de la población perteneciente al quintil más pobre en el 2015. El recuadro 1 muestra los logros y desafíos en salud en Paraguay durante el período de informe. Los hitos fundamentales en este período fueron:

- la gratuidad de los servicios
- la instalación funcional de 796USF

- los avances en la articulación y la capacidad resolutive de la Red Integrada de Servicios de Salud
- la eliminación de la malaria, el sarampión y la rubéola congénita, con posibilidades de eliminar la rabia y la enfermedad de Chagas
- el desarrollo y la incorporación, por primera vez, de las tecnologías de la información y la comunicación, en particular la llamada en Salud, con avances en la telemedicina y en aplicaciones para el sistema de información, entre otras vertientes.

Recuadro 1. Logros y desafíos en salud, Paraguay

El país ha logrado importantes avances hacia el objetivo de garantizar el derecho pleno a la salud de toda la población paraguaya. En este sentido, se expandió significativamente la atención sanitaria a la población perteneciente al quintil más pobre, de 29% en el año 2000 a 66% en el 2015. A pesar de estos avances, persisten importantes restricciones para el funcionamiento óptimo del Sistema Nacional de Salud, a lo que se suman determinantes sociales de la salud —como algunos servicios básicos aún no universales— que afectan principalmente a los pueblos indígenas, a las personas que viven en las zonas rurales, las de menores ingresos y, en algunos casos, a las mujeres y los niños. Ante estos desafíos, Paraguay ha definido estrategias que apuntan en la dirección correcta y deberán extenderse a todo el territorio nacional, con un aumento de la capacidad resolutive local hasta lograr una transformación sustancial que garantice el derecho de toda la población a la salud. Para alcanzar las metas trazadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, es crucial lograr la participación activa y coordinada de otros sectores, los gobiernos locales, las organizaciones comunitarias —incluidas las indígenas— y la población en general. Además, se debe garantizar una adecuada estructura tributaria y un apropiado financiamiento de la salud que permitan el aumento sostenido de la inversión pública para lograr los cambios estructurales requeridos a fin de mantener y mejorar la salud del pueblo paraguayo.

A pesar de esos avances, persisten importantes problemas que se deben solucionar para lograr el funcionamiento pleno del Sistema Nacional de Salud, entre ellos la desatención de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la insuficiente cobertura del territorio nacional, con un sistema de atención primaria que alcanza a menos de 30% de la población. Otras limitaciones importantes son la gran segmentación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que reduce su capacidad de rectoría, orientación y control; la fragmentación de los servicios; la falta de una política sólida en recursos humanos que permita mejorar la formación, la

distribución y la gestión del personal de salud en el país. Asimismo, los recursos públicos destinados a la salud, actualmente exigüos y muy por debajo de los promedios nacionales de otros países suramericanos, dan lugar a un creciente pago directo de bolsillo (60%) por parte de la población, uno de los más altos del mundo. Sin embargo, las estrategias de la Política Nacional de Salud 2015-2030 apuntan en la dirección correcta y deberán extenderse a todo el territorio nacional hasta lograr una transformación sustancial que garantice a los ciudadanos el derecho a la salud.

En el campo de las enfermedades transmisibles, se ha logrado eliminar la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en 17 de las 18 regiones de salud y en el 2016 se inició el proceso de certificación de la eliminación de la rabia humana transmitida por perros y la malaria. A pesar de esos avances, se requieren mayores inversiones para mejorar la prevención y la atención de los pacientes con VIH/sida, tuberculosis y leishmaniasis, así como para evitar la transmisión vertical del VIH, la sífilis y la enfermedad de Chagas; para ello es necesario lograr una mayor y mejor integración de estos programas en los servicios de salud.

Paraguay se ve periódicamente afectado por sequías e inundaciones, por lo que urge actualizar los planes de contingencia con enfoque local y crear capacidades a nivel de distrito con una mayor participación de la comunidad. Existen experiencias exitosas — como la de las localidades de Pilar y Alberdi, en Ñeembucú— durante las inundaciones del 2015-2016, que pueden servir de modelo para replicar en otras zonas del país. Las epidemias de enfermedades emergentes y reemergentes que han afectado a la población paraguaya en los últimos años —como la gripe, el dengue y la enfermedad por el virus del Chikunguña y del Zika— y la amenaza de otras —como el Ébola— obligan a desarrollar capacidades básicas para detectar, informar y responder ante eventos de esta naturaleza, en el contexto de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

Se han creado políticas, instrumentos legales y planes estratégicos orientados a la prevención de los factores de riesgo y la atención de las principales ENT que afectan a la población paraguaya. El empeño debe dirigirse a garantizar una respuesta nacional intersectorial e integral con una fuerte participación ciudadana.

Existe una agenda aún inconclusa en relación con la mortalidad materna y neonatal, la desnutrición y la anemia, por lo que se hace necesario intensificar los esfuerzos, aumentar las inversiones y aplicar un enfoque de familia, derechos humanos, género e interculturalidad.

Referencias

1. DGEEC. *Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025*. Revisión 2015, Paraguay. Available from: <http://dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/proyeccion%20nacional/Estimacion%20y%20proyeccion%20Nacional.pdf>.
2. DGEEC. *III Censo de Comunidades de los Pueblos Indígenas. Resultados Finales 2012*. Paraguay. Available from: http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/triptico%20comunitario/Triptico%20censo%20comunitario_Castellano.pdf.
3. Ministry of Public Health and Social Welfare. *Plan Nacional Integrado de las EID 2016-2020*. Paraguay. In press.
4. United Nations- 2015 Spectrum estimates. Paraguay.
5. Ministry of Public Health and Social Welfare. *DGVS: Informe epidemiológico 2015*. Paraguay (Unpublished).
6. United Nations. *Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2015*. Paraguay.
7. *Resumen Objetivos de Desarrollo del Milenio, Segundo Informe de Gobierno*. Paraguay, September 2015.
8. Ministry of Public Health and Social Welfare. *Indicadores de Mortalidad (INDIMOR) Año 2014*. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/digies/indicadores-de-mortalidad/>.
9. Ministry of Public Health and Social Welfare. *Boletín Epidemiológico de ENT 2015*. Paraguay. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/dvent/boletin-epidemiologico-ent-2015>.
10. Ministry of Public Health and Social Welfare. Informe Ejecutivo Nro. 123 – Resumen General – Periodo: 01.01 del 2014 al 27.06 del 2016. Total de Estudios realizados por Hospital Regional, Asunción – 2016.

11. Ministry of Public Health and Social Welfare – [Internet]. Dirección General de Información Estratégica en Salud. [citado 25 de julio de 2016]. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/digies/>.
12. Dirección General de Estadísticas y Censos. *Compendio Estadístico Ambiental 2002-2012*. Paraguay, 2013. Available from: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/ambiental2012/compendio%20ambiental%202012.pdf>.
13. Ministry of Public Health and Social Welfare – DGVS. CNE. *Boletín Especial 06/2014*.
14. Empresa Reguladora de los Servicios Sanitarios, ERSSAN, *Informes acumulados del 2002 a Dic/2015*. Paraguay, 2015.
15. JICA. *Estudio de prevalencia de discapacidad en la Región Oriental del Paraguay*. 2008.
16. Ministry of Finance-UES, *Informe de Evaluación de Programa Emblemático Gubernamental Unidades de salud de la Familia*. Asunción. December 2011. Available from: http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/04/APS_Programa_emblematico_Caballero2010.pdf.
17. Ministry of Public Health and Social Welfare – APS. *Manual de funciones de las unidades de salud de la familia*. Paraguay – 2016.
18. Cristina Guillen María. Paraguay. *Sistemas de salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integralidad y equidad*. 2011. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf>.
19. Ministry of Finance-UES, *Informe de Evaluación de Programa Emblemático Gubernamental Unidades de Salud de la Familia*. Asunción. December 2011.
20. Ministry of Public Health and Social Welfare. *Información sobre APS en Paraguay*. Portal Web. 2015. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/aps/informacion-aps/>.
21. Universidad Nacional de Asunción-IICS, *Actualización de línea de Base 2008-2010 y aplicación de encuestas año 2010 “Hábitos para la Prevención de la Diarrea y Percepción de la Calidad de Atención que brindan las USF”*. Asunción. March 2011.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
DIPLOMA REGIONAL PARA LAS Américas

Salud en las Américas+

-
- 22.** Ministry of Public Health and Social Welfare. *Programa Nacional de Salud Ocular*. Asunción, Paraguay-2015.
- 23.** Ministry of Public Health and Social Welfare. *Formato de Datos: Año Calendario 2015*. Programa Nacional de Salud Ocular. Paraguay, 2016.
- 24.** Ministry of Public Health and Social Welfare – PAHO/WHO. *Encuesta de Tabaco en Escolares*. Paraguay, 2014. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/dvent/tabaco-en-jovenes/>.