

Este es un trabajo presentado por el AREA DE SALUD PÚBLICA DEL INSTITUTO DESARROLLO financiado con fondos institucionales en el marco del proyecto HIGEA SALUD cuyo propósito es contribuir al debate sectorial para mejorar el desempeño del sistema nacional de salud por medio de la formación de recursos humanos, la investigación y la propuesta de políticas.

INTRODUCCIÓN AL SECTOR SALUD DEL PARAGUAY

Una aproximación conceptual
y metodológica para el
análisis sectorial

DR. EDGAR GIMENEZ CABALLERO



INTRODUCCIÓN AL SECTOR SALUD DEL PARAGUAY

Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial

Dr. Edgar Giménez Caballero

Asunción, Paraguay

2012



El Dr. Edgar Giménez es Doctor en medicina y cirugía y Máster en salud pública. Se desempeña como consultor, docente e investigador en esta área y es coordinador general del área de salud pública del Instituto Desarrollo.

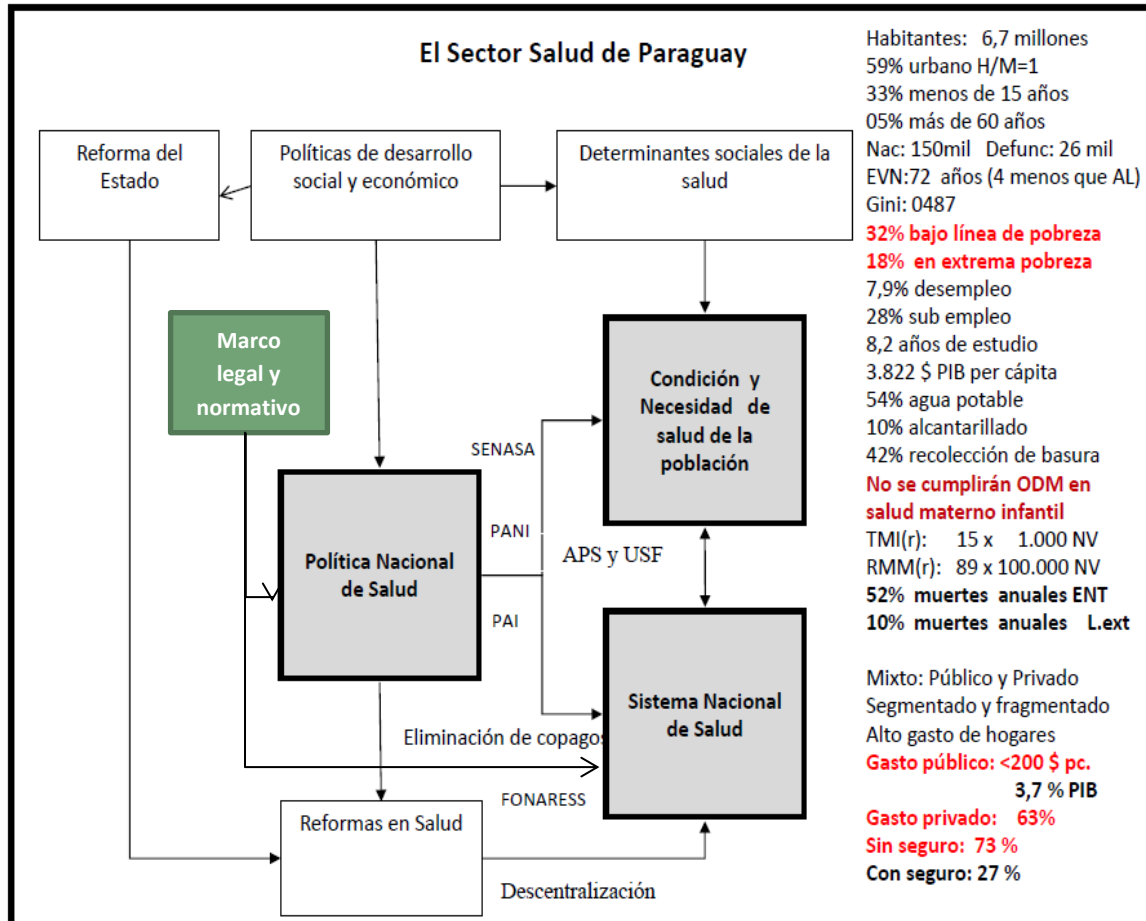
La elaboración de este documento fue realizado con fondos institucionales del INSTITUTO DESARROLLO

Guido Spano 2575 Asunción – Paraguay
Teléfono/Fax: (595) 21 612182/4
Web: www.desarrollo.edu.py

Contenido

UN MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DEL SECTOR DE SALUD EN PARAGUAY	3
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO	6
Organización y cobertura.....	6
Financiamiento	8
Composición del gasto en salud.....	8
Inversión en salud comparada con países de América Latina	9
Gasto de bolsillo.....	13
LA SALUD DE LA POBLACIÓN PARAGUAYA	18
Principales causas de enfermedad y mortalidad	18
Objetivos del milenio para la salud.....	19
Factores de riesgo	21
Pobreza y desigualdad	23
LA LEY 1032 Y LA REFORMA QUE NO SUCEDIÓ	25
MARCO LEGAL DE GARANTÍAS DEL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO	31
Constitución Nacional	31
El código de la niñez y adolescencia	33
Ley del Sistema Nacional de Salud.....	35
Ley de gratuidad de aranceles en el Ministerio de Salud	36
Ley sobre kit de partos y anticonceptivos	36
Ley del Test del piecito.....	37
Ley sobre inmunizaciones.....	37
Ley de garantía nutricional en la primera infancia	38
Ley de complemento nutricional en las escuelas	38
Ley del Fondo Nacional de Recursos solidarios para la salud (FONARESS)	39
REFERENCIAS.....	40

UN MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DEL SECTOR DE SALUD EN PARAGUAY



En el sector salud se identifica al sistema de salud y marco regulatorio y normativo de operación; las condiciones de salud de la población; el marco legal de garantías sobre el derecho a la salud; y las políticas sectoriales que se implementan para abordar los desafíos y los problemas de salud en un momento dado.

El sistema de salud se considera como “la respuesta social organizada” para atender las necesidades de salud de la población. Para analizarlo es necesario conocer su organización, su financiamiento, su modelo de

gestión, las características de la relación del sistema con la población así como su marco normativo y regulatorio.

Las funciones y el rol que cumplen los actores institucionales en el sistema de salud es otro elemento importante a tener en cuenta en el momento del análisis: a) la rectoría del sistema, entendida como quien conduce, lidera, regula y controla la norma de funcionamiento; b) la articulación tanto a nivel nacional, departamental y municipal así como la coordinación y articulación de redes operativas en función de servicios; c) la provisión de servicios, es decir, quienes otorgan servicios de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ante enfermedades; y d) la generación de recursos tanto financieros como otros recursos. Particularmente importante es la formación de recursos humanos para la salud.

Estas distintas funciones ejercidas por los distintos actores sectoriales se desarrollan de acuerdo a un marco legal, normativo y técnico vigentes. La actualización de este marco es un proceso tanto legislativo como ejecutivo, el primero por medio de leyes y el segundo por medio de decretos y resoluciones.

La condición de salud de la población parte desde un enfoque demográfico y socioeconómico para luego referirse a la situación sanitaria desde un enfoque epidemiológico en cuanto a los resultados en el “estado de salud de la población”. Para describir este estado de manera completa es necesario hacer referencia tanto a qué tan sana como a qué tan enferma se encuentra la población en momento determinado. En efecto, además de utilizar los indicadores de mortalidad y morbilidad también es necesario utilizar otros indicadores, no siempre fáciles de obtener debido a las características del sistema de información en salud. Por ejemplo, recientemente se vienen utilizando indicadores como esperanza de vida al nacer ajustados por calidad, por discapacidad y por otros criterios.

Las políticas de salud buscan resolver los problemas de salud. El objetivo de estas políticas puede centrarse en solucionar problemas específicos de

la condición de salud de la población o problemas de funcionamiento del sistema de salud que limitan el cumplimiento de sus fines.

Este es un marco conceptual razonable para analizar el sector salud de Paraguay para los fines de este documento. Cuánto más específico es el tema que se desea analizar y cuanto más profundo sea el análisis se requerirá de un marco más amplio tendiente a ser más exhaustivo para los requerimientos del análisis planteado¹.

¹ Se podrá encontrar mayores elementos en “Herramientas para el análisis del sector salud” de Federico Tobar (2000) o en la obra de Julio Frenk “La salud de la población. Hacia una nueva salud pública” (1993).

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO

Organización y cobertura

El Sistema Nacional de Salud, creado por la ley 1032/96, está integrado por instituciones públicas y privadas, caracterizándose por su segmentación y fragmentación sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas.

Ante una enfermedad dada sólo aquellas personas que están aseguradas al Instituto de Previsión Social (IPS) o poseen un seguro privado tienen derecho a prestaciones concretas y garantizadas, mientras que las personas que dependen de la provisión de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (porque no tienen seguro) dependen de la disponibilidad de servicios en un momento dado.

En conjunto estas prestaciones son asimétricas entre y dentro de cada subsistema. Es decir, la garantía de recibir servicios de salud cuando se necesita depende básicamente de la disponibilidad efectiva de servicios, del régimen de seguro en la previsional, del tipo de enfermedad, del plan de beneficios del seguro privado y del periodo de carencia de cada seguro. Esta situación determina que el acceso a servicios dependa fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas.

El seguro de IPS corresponde a un modelo de reparto y se financia por medio de aportes tripartitos del trabajador, la patronal y el Estado (9% del salario o menos según el régimen, 14% y 1,5% respectivamente)². Cubre a los trabajadores asalariados dependientes cotizantes, jubilados y pensionados así como a sus respectivas familias, agrupados en tres grupos de afiliados: del régimen general, de regímenes especiales y del no contributivo. Pero no todos los trabajadores dependientes del país tienen acceso al IPS. La exclusión y baja cobertura se debe en gran medida a tres factores: a) la estructura del empleo en Paraguay tiene una alta informalidad y los trabajadores informales no están contemplados en el modelo de seguridad social; b) la discontinuidad de aportes al perder un empleo o al migrar de un trabajo a otro; y c) la alta evasión en las cotizaciones que según estimaciones supera el 70%. El IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados pero no todos tienen los mismos beneficios.

² Desde su creación en 1943 hasta la fecha, el Estado nunca aportó su parte

Comparativamente, en todos los casos, las empresas de seguros privados tienen menor cobertura de servicios para sus asegurados que el IPS y a la vez comparten un menor margen de riesgos ya que no cubren eventos como enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alto costo. También tienen una menor cobertura de medicamentos e insumos hospitalarios que varía según los planes del seguro. Algunas empresas aplican primas crecientes según la edad de sus asegurados independientemente del tiempo que hayan cotizado³.

Población según condición de seguro en %. Paraguay 2012

Seguro	Total	Urbano	Rural	20% menor ingreso	20% mayor ingreso
IPS	19,2	26,0	8,7	2,5	32,2
Otro	7,6	11,6	1,7	0,7	22,7
Sin seguro	73,3	62,4	89,6	96,8	45,1

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2012. Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

En el subsistema de servicios dependientes del Ministerio de Salud la oferta de servicios ha mejorado a partir de un incremento progresivo del presupuesto público asignado. Principalmente se ha invertido en más infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de más recursos humanos. Entre el 2000 y el 2012 se triplicó el presupuesto para la compra de medicamentos. En ese mismo periodo se incorporaron nuevas vacunas, se implementaron nuevos programas como el kit de parto, el test del piecito, el de asistencia nutricional, de trasplantes, de acceso a terapias intensivas (incluyendo la tercerización), entre otros. A partir del 2008 se instalaron de manera innovadora más de 700 unidades de salud de la familia (USF) en el primer nivel de atención.

³ Una descripción ejecutiva sobre la seguridad social en Paraguay y sus desafíos se puede encontrar en el texto de Giménez y Cabral (2007) "Paraguay. Segmentación, fragmentación y falta de voluntad política".

Sin embargo a pesar de estos avances las brechas de cobertura son aún muy importantes y cuando se analiza la oferta por departamentos y municipios las asimetrías son muy notorias.

Indicadores seleccionados de recursos y cobertura. Paraguay, Región Oriental 2011.

Indicadores	Nacional	Mínimo	Máximo
Camas por 1000 hab (MSPBS+IPS)	1,0	0,5	4,3
Atenciones ambulatorias por hab (MSPBS)	1,3	0,9	2,4
Egresos hospitalarios por 1000 hab (MSPBS)	34,0	25,1	54,3
% de Partos institucionales	95,0	77,9	99,6
% de embarazadas atendidas antes del 4to mes	31,3	14,9	66,0
% de cobertura de vacunación con Penta3	75,4	66,5	97,7

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos 2011.

Financiamiento

Composición del gasto en salud

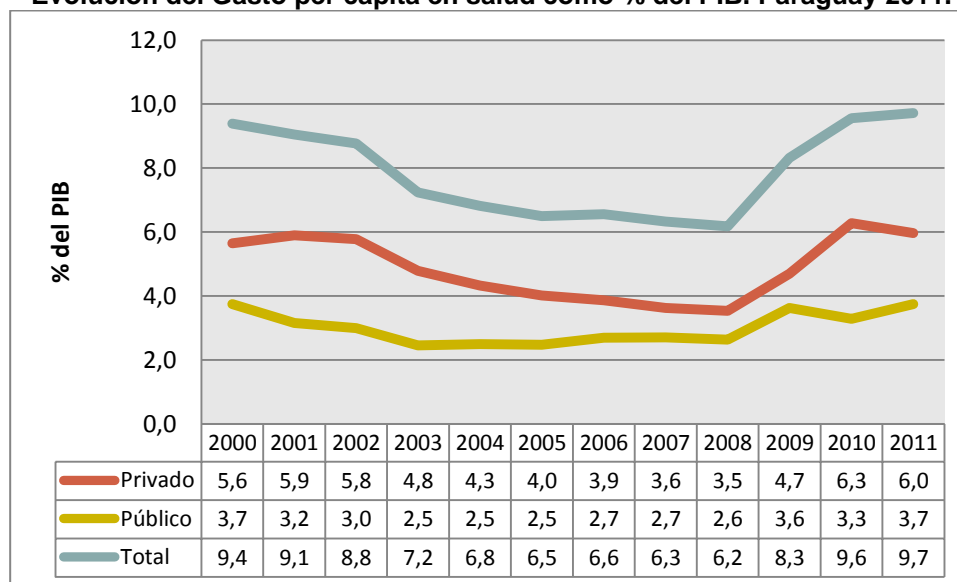
El crecimiento de la economía del país, desde el 2003, ha permitido una mayor inversión en salud con financiamiento público⁴. En particular todas las instituciones públicas han tenido un crecimiento importante en sus presupuestos anuales. Por ejemplo, entre el 2003 y el 2011 el presupuesto del Ministerio de Salud se cuadruplicó pasando de 462 mil millones a 2,2 billones de guaraníes. Para el 2012 el presupuesto asignado alcanzó 3,4 billones de guaraníes.

Según datos del Banco Mundial el gasto per cápita en salud creció más de 200% entre el 2000 y el 2010. Pero este crecimiento no se dio en la misma proporción del crecimiento del PIB. En efecto, si bien hubo un incremento neto en la inversión durante ese periodo, el gasto total pasó de 7% a 9% en relación al PIB. La mayor parte del gasto sigue siendo privado. Entre

⁴ Según datos de Ministerio de Hacienda, el PIB per cápita de Paraguay pasó de 978 a 3122 dólares (corrientes) entre el 2003 y el 2011.

el 2000 y el 2008 el gasto privado descendió de 66 % a 57 % del gasto total en salud y en el 2010 subió nuevamente a 65 % del gasto total⁵.

Evolución del Gasto per cápita en salud como % del PIB. Paraguay 2011.



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank. Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Inversión en salud comparada con países de América Latina

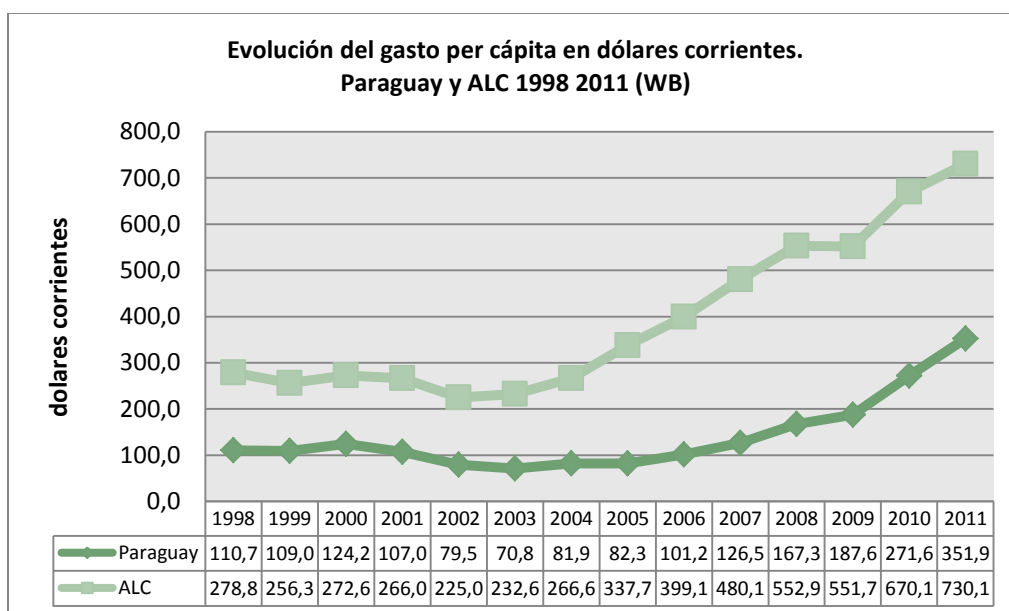
Como ya se ha mencionado, en Paraguay se producido un incremento progresivo de la inversión en salud en la última década. Sin embargo este incremento ha sido más lento que el promedio para América Latina donde se ha producido un aumento de 458 de gasto per cápita entre el 2000 y el 2011 (272 a 730 dólares corrientes per cápita) mientras que en Paraguay el aumento para el mismo periodo de tiempo ha sido apenas de 228

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

dólares, incrementándose la brecha de éste con el promedio regional de 148 dólares corrientes en el 2000 a 378 dólares corrientes en el 2011.

Paraguay tiene uno de los gastos en salud per cápita más bajos de la región, siendo su última estimación 352 dólares corrientes per cápita año, presentando a la vez uno de los gastos privados más altos, entorno al 61% del gasto total en salud.

Esta situación produce el hecho contradictorio que siendo la cobertura principalmente pública su financiamiento es fundamentalmente privado.



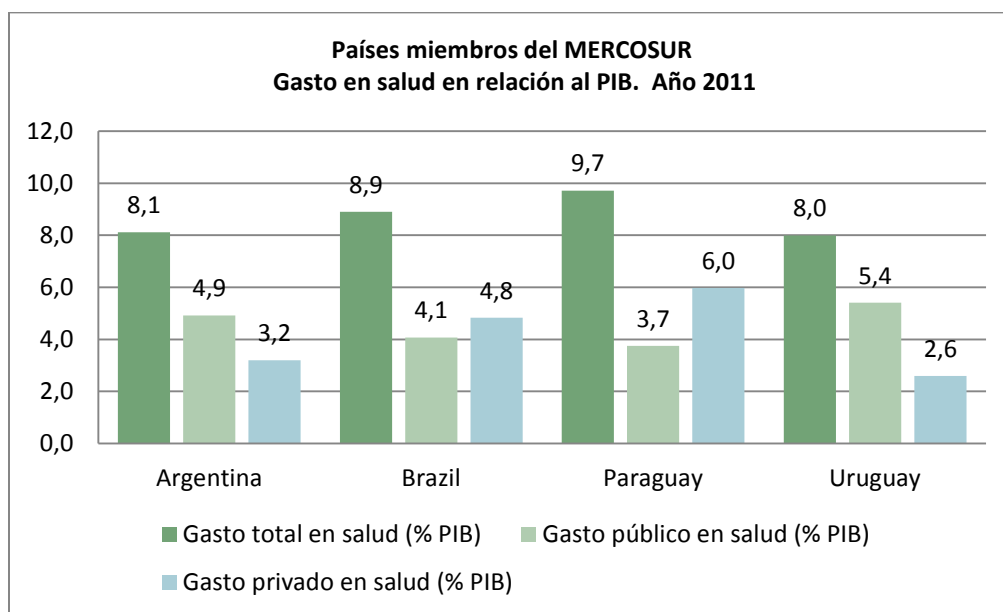
**Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.**

Analizando los países miembros del MERCOSUR, Paraguay se destaca por una mayor proporción del gasto en salud en relación al PIB, pero con la salvedad que el PIB per cápita en Paraguay es 3 veces menor que el de Argentina y casi 4 veces menor que el de Brasil y Uruguay. La notable diferencia en el PIB per cápita se traduce en una notoria diferencia en la inversión per cápita en salud, siendo la de Paraguay la menor del MERCOSUR.

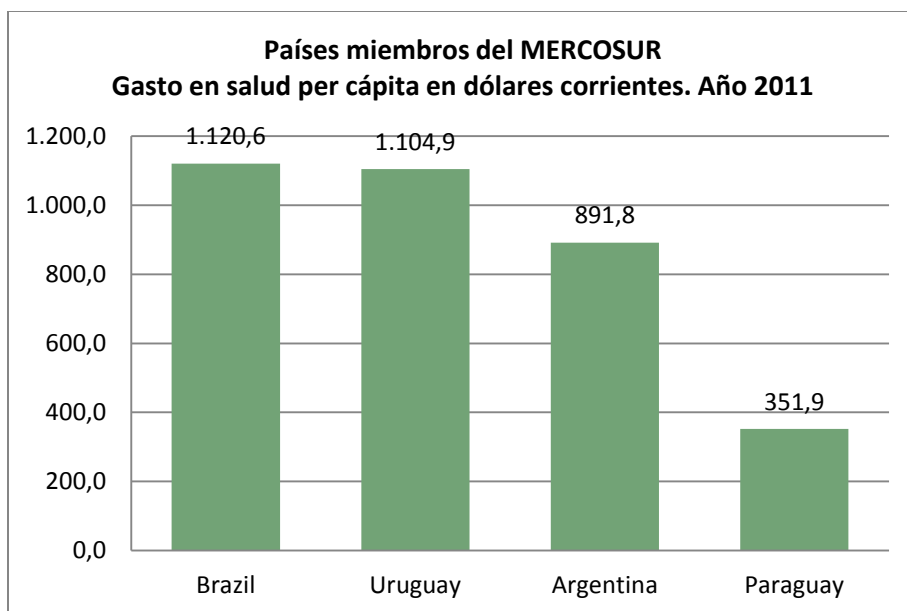
INDICADORES DE FINANCIAMIENTO EN SALUD PAISES SELECCIONADOS DE AMÉRICA. 2011

Países/ en salud	Gasto total (% del PIB)	Gasto público (% PIB)	Gasto privado (% PIB)	Gasto público (%total)	Gasto privado (%total)	Gasto per cápita en USD corrientes	Gasto per cápita en dólares constantes	PIB per cápita en dólares corrientes
Argentina	8,1	4,9	3,2	60,6	39,4	891,8	1.433,7	10.942
Bolivia	4,9	3,5	1,4	70,8	29,2	118,1	250,3	2.374
Brazil	8,9	4,1	4,8	45,7	54,3	1.120,6	1.042,7	12.594
Chile	7,5	3,5	4,0	47,0	53,0	1.074,5	1.292,2	14.394
Colombia	6,1	4,6	1,5	74,8	25,2	432,0	617,9	7.104
Ecuador	7,3	3,0	4,3	41,0	59,0	331,5	615,8	4.496
Guatemala	6,7	2,4	4,3	35,5	64,5	213,9	334,0	3.178
Mexico	6,2	3,0	3,1	49,4	50,6	619,6	940,1	10.047
Peru	4,8	2,7	2,1	56,1	43,9	289,0	496,2	6.018
Paraguay	9,7	3,7	6,0	38,6	61,4	351,9	526,5	3.629
Uruguay	8,0	5,4	2,6	67,6	32,4	1.104,9	1.209,7	13.866
Venezuela	5,2	1,9	3,3	36,7	63,3	555,1	659,2	10.810
Canada	11,2	7,9	3,3	70,4	29,6	5.629,7	4.520,0	50.344

Fuente: Banco Mundial. World DataBank. Health Nutrition and Population Statistics

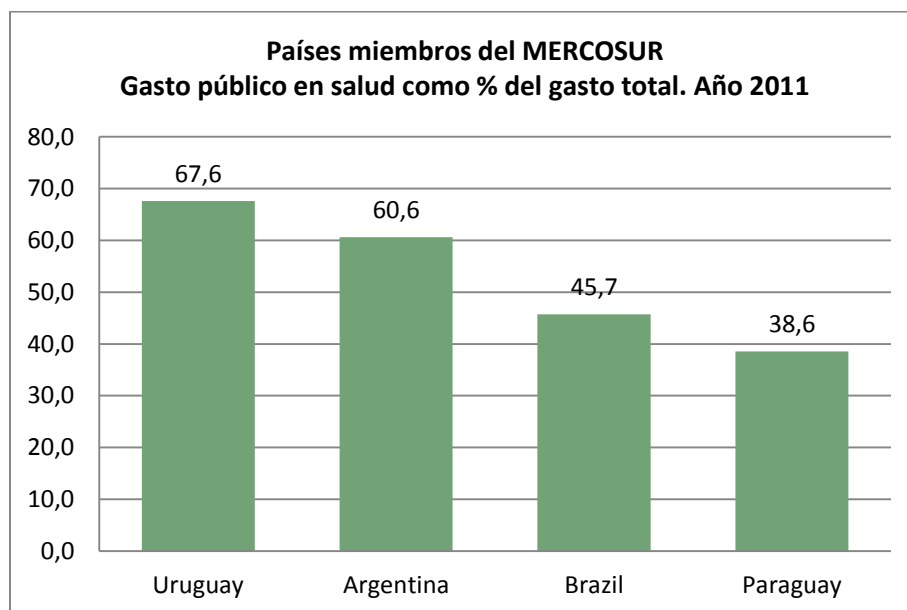


Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank. Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Como ya se ha señalado, el financiamiento del sector salud en Paraguay es principalmente privado, registrándose la menor proporción de inversión pública como parte del gasto total entre los países miembros del MERCOSUR



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Gasto de bolsillo

De cada 10 dólares que se gastan en salud, 6 corresponde a gasto privado, de los cuales 3 corresponde a gasto de bolsillo por medicamentos.

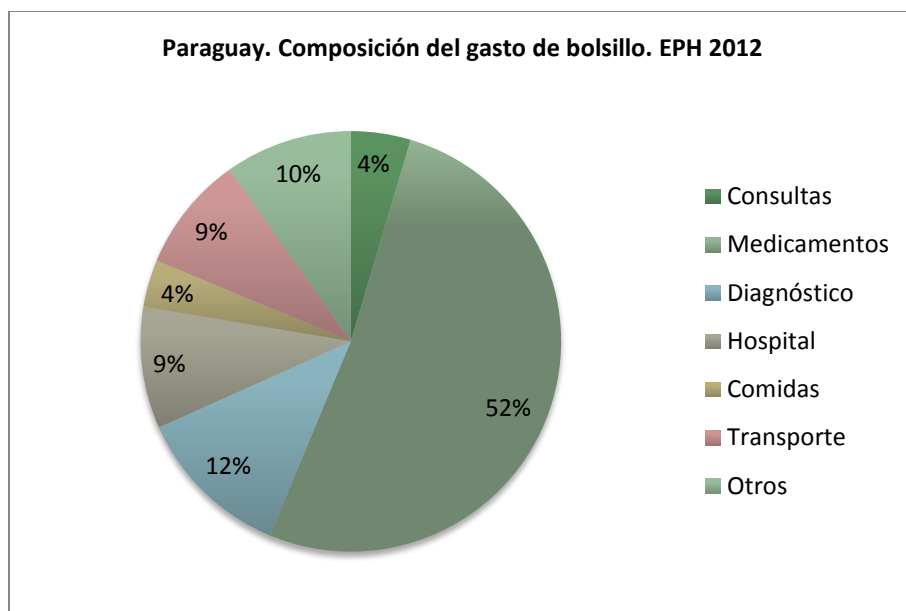
El principal gasto de bolsillo corresponde a medicamentos, representando el 52% de este gasto, seguido por estudios diagnósticos y hospitalización que representan el 12% y 9% del gasto de bolsillo respectivamente.

Por otra parte, si se analiza el gasto desde la perspectiva del ingreso podemos comprobar que en todos los casos se verifica un gradiente que impacta en mayor medida sobre los hogares con menores ingresos. En el quintil de menor ingreso los gastos por medicamentos, diagnóstico y gastos hospitalarios podrían tener un impacto potencial sobre el ingreso mensual del 11%, 16% y 54% respectivamente. En el quintil de mayor ingreso estos gastos representarían el 2%, el 4% y 18% de sus ingresos mensuales.

Sumado a los costos directos están los *costos de oportunidad*, es decir, aquello que se deja de percibir buscando atención médica.

Considerando que la mayor parte de la gente pobre trabaja sin contratos o en el sector informal, la mayoría no tiene la posibilidad de acceder a la seguridad social ni a los subsidios o permisos por enfermedad, ni a la protección de las leyes laborales en cuanto a remuneración durante la enfermedad.

Para las personas pobres el gasto en salud puede representar la totalidad de su ingreso diario y en muchas ocasiones significa elegir entre servicios de salud o comer.

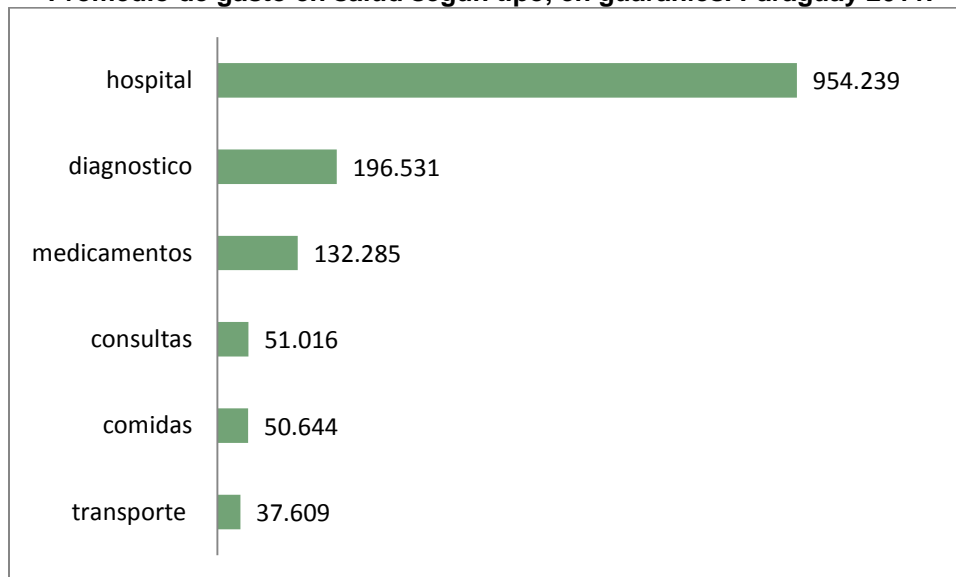


Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2012.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos

La protección financiera es clave para evitar que más gente caiga en situación de pobreza o no pueda salir de ella por gastos en salud y debería ser una meta explícita de las políticas de salud (OMS, 2010).

Los estudios difundidos por la OMS señalan que para evitar el efecto de pobreza el gasto de bolsillo debería reducirse en torno al 20%, el cual podría tomarse como parámetro o meta del esfuerzo que deben realizar los países tanto para incrementar su inversión pública como para reducir el gasto de bolsillo y sobre todo evitar el gasto catastrófico derivado de los gastos por enfermedad.

Promedio de gasto en salud según tipo, en guaraníes. Paraguay 2011.

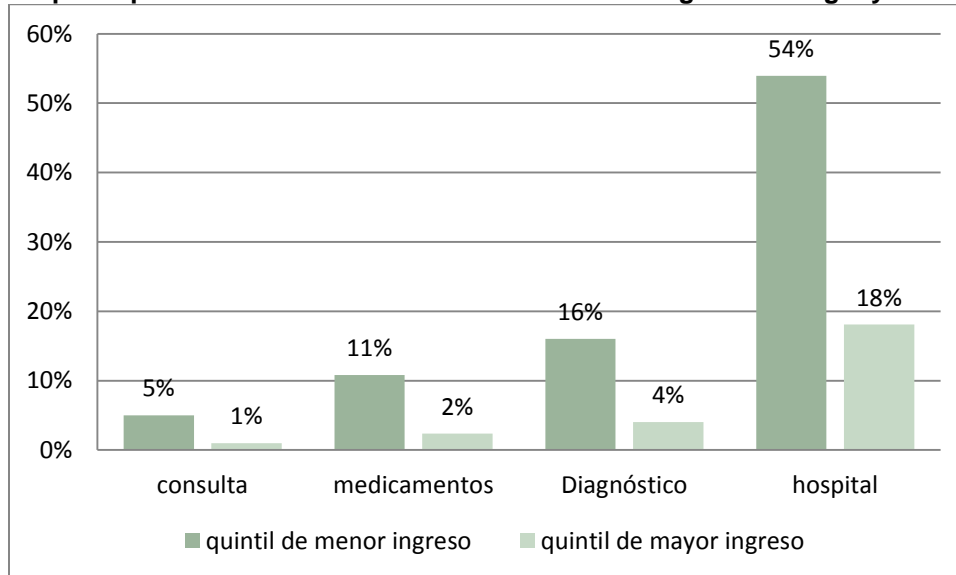


Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2011.

Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

Obs: corresponde al promedio para cada objeto de gasto, es decir cada uno tiene diferente n, según haya o no incurrido en ese gasto. El gasto total no es la suma de los promedios. Como referencia, el promedio de gasto por hospital equivale a 227 dólares corrientes, y el de medicamentos a 31 dólares corrientes.

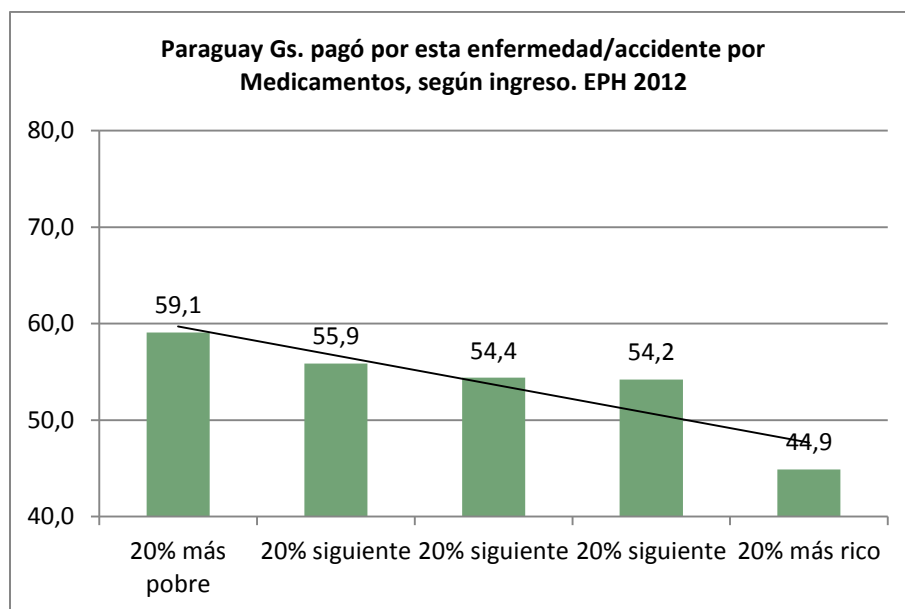
Impacto potencial del Gasto en salud como % del ingreso. Paraguay 2011.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2011.

Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

Obs: El impacto potencial se refiere a la proporción del gasto promedio por concepto que podría tener sobre un hogar, considerando el ingreso promedio. Es importante destacar que el promedio por concepto de gasto se obtiene sólo de aquellas personas que han incurrido en ese gasto. Es decir que por esta metodología la sumatoria de los promedios no corresponde al gasto total promedio para todas las observaciones.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2012. Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos

Para disminuir las barreras económicas, all inicio de la década pasada el Ministerio de Salud inició la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por prestación de servicios que se completó en el 2008:

- En el 2001 se declaró la gratuidad para la realización de colposcopia, biopsia de cuello uterino, Papanicolau, ligadura de trompas y provisión de DIU.
- En el 2003 se eliminaron los aranceles para atención a embarazadas y consultas de niños de menores de 5 años.
- En el 2005 se extendió esta medida alcanzando a niños menores de 10 años incluida su internación.
- Ese mismo año se dispuso la provisión gratuita de insumos básicos para el parto conocido como kit de parto.
- También en el mismo año se estableció la gratuidad para la realización de diagnóstico de tuberculosis.
- Durante el 2008 se estableció la eliminación de todos los aranceles remanentes para el uso de servicios como una política para eliminar las barreras arancelarias de acceso.
- En el 2013 mediante una ley se ratificaron estas medidas, eliminando los aranceles por prestación de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Pero una cosa es eliminar los aranceles y otra cosa es garantizar la provisión de servicios. La política de gratuidad, establecía que aquellos servicios e insumos disponibles en un momento dado debían ser proveídos a todas aquellas personas que lo necesiten, independientemente de su condición socioeconómica, con un arancel cero. A pesar de esta limitación de la política, la eliminación del pago directo por servicios en las dependencias del Ministerio de Salud ha sido un paso fundamental para incrementar el acceso económico sobre todo de aquellas personas con menor ingreso, y más aún para aquellas que viven bajo la línea de la pobreza.

LA SALUD DE LA POBLACIÓN PARAGUAYA

Principales causas de enfermedad y mortalidad

La población paraguaya es eminentemente joven, de sus 6,5 millones de habitantes el 33% tiene menos de 15 años. La tasa global de fecundidad ha descendido de 3,1 a 2,8 entre el 2007 y el 2011 (MSPBS 2011).

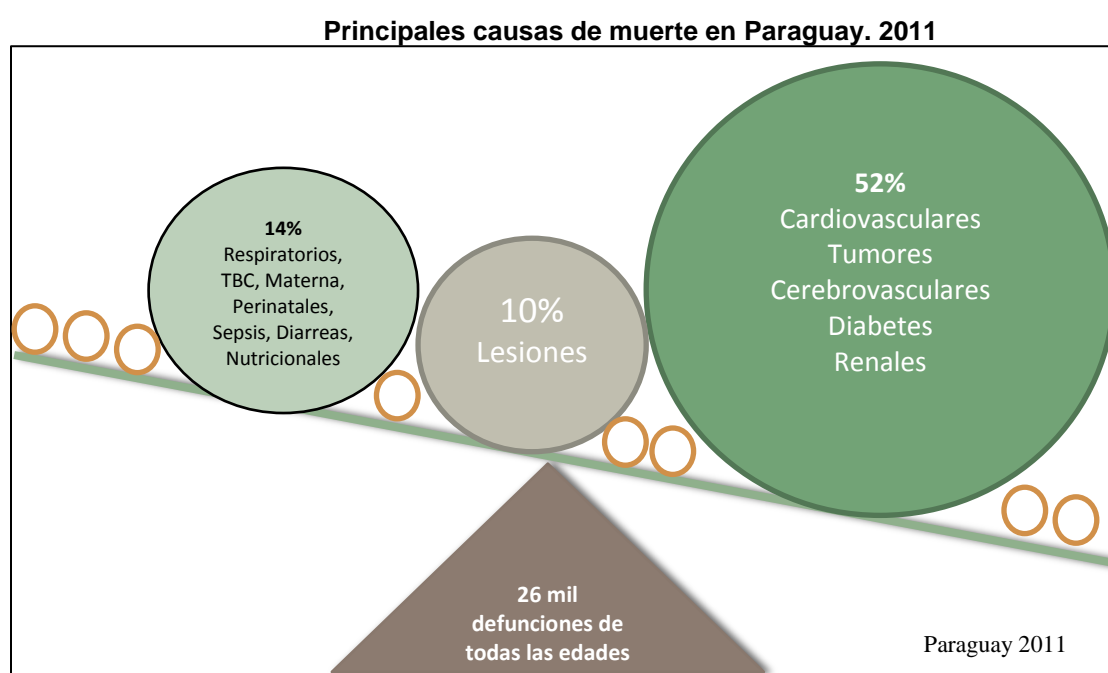
La esperanza de vida al nacer es de 72,3 años lo cual es 4 años menos que el promedio para el Cono Sur de las Américas, 6 años menos que la esperanza de vida en Chile y 9 años menos que en Canadá (OPS, 2010). Las mujeres paraguayas tienen 4,2 años más de esperanza de vida que los hombres. Es posible que ellas alcancen los 80 años de esperanza de vida alrededor del año 2050. Pero hoy mismo, 4 décadas antes, las mujeres de muchos países del mundo y al menos de 14 países de las Américas ya han logrado superar estos años de esperanza de vida. Analizando la tendencia de los últimos años, se concluye que a la población paraguaya le toma una década ganar un año de vida y podría requerir un siglo reducir las brechas regionales y globales en el logro de una mejor expectativa de vida.

Desde esta perspectiva, es importante analizar cuántas personas y por qué motivos no llegan a cumplir los años esperados o, dicho de otra forma, mueren de manera prematura.

En Paraguay, alrededor de 14 mil personas al año mueren antes de llegar a los 70 años, lo que significa que al menos una parte importante de esas muertes pueden ser evitadas de alguna forma ya que ocurren antes de alcanzar la esperanza de vida al nacer.

Entre las diversas causas se puede señalar que más del 52% de las más de 26 mil defunciones que ocurren al año se deben a enfermedades no transmisibles (ENT) y el 10% a lesiones externas. El 41,5% de los fallecimientos por lesiones corresponde a accidentes de tránsito, y el 53% de éstas ocurren utilizando motocicletas. Las enfermedades del aparato circulatorio (cardiovasculares y cerebrovasculares), los tumores, la diabetes mellitus y las enfermedades renales son las principales causa de

muerte entre estas enfermedades. Este grupo representa casi el 60% de las causas de muerte en mayores de 40 años y el 66% de las causa de muerte entre los 60 y 70 años (MSPBS, 2011)⁶.



**Fuente: Indicadores de Mortalidad 2010.
Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

Objetivos del milenio para la salud

Además de las enfermedades no transmisibles persisten los problemas de una agenda no resuelta de enfermedades infecciosas, nutricionales y las relacionadas a la salud sexual y reproductiva los cuales representan alrededor del 14% de las muertes al año.

Con excepción de las metas para combatir la malaria, Paraguay no cumplirá con las metas de los Objetivos 4, 5 y 6 de Desarrollo del Milenio (ODM)⁷:

⁶ Los datos corresponden a Indicadores Básicos de Salud de la OPS (2010), indicadores de mortalidad del Ministerio de salud (2010) y proyecciones de demográficas de la Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

- En Paraguay todavía mueren niños por desnutrición. En el 2010 se registraron 36 muertes relacionadas a causas nutricionales y anemias. La prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años es de 14,2%. En la población indígena esta prevalencia se triplica llegando a 41,7%. Por otra parte, un reporte del INAN de ese mismo año revela que cerca del 29% de las embarazadas que consultaron en servicios de salud tenían un bajo peso para la edad gestacional.
- Entre el 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna registrada descendió de 150,1 a 100,8 muertes por cien mil nacidos vivos. Para el 2011 esta razón descendió a 88,8 por cien mil nacidos vivos. El 70% de las muertes maternas se deben a tres causas: aborto, hemorragias y toxemia.
- En ese mismo periodo de tiempo la mortalidad infantil registrada descendió de 30 a 16 muertes por mil nacidos vivos. En el 2011 la TMI registrada por mil nacidos vivos fue de 15,2. Las principales causas de muerte en esta etapa de la vida son las lesiones debidas al parto, anomalías congénitas, infecciones y prematuridad.
- Las proyecciones señalan que Paraguay no logrará de reducir la mortalidad materna a 37,5 por cien mil nacidos vivos ni la mortalidad infantil a 10 por mil nacidos vivos para el 2015.
- El VIH sigue siendo una epidemia concentrada en población de mayor riesgo (PEMAR) sobre todo aquellas personas que son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), travestis (Trans), mujeres trabajadoras del sexo (MTS) y personas usuarias de drogas (UD). Desde el inicio de la epidemia se han diagnosticado a 10078 personas con VIH, se registraron 1290 fallecimientos y 3236 personas viven con Sida. Se estima que en Paraguay unas 13000 personas viven con VIH. La tasa de incidencia es de 17,69 por 100 mil habitantes. El estigma y la discriminación hacia las PEMAR y hacia aquellas que viven con VIH (PVV) se encuentran entre los mayores obstáculos para lograr una respuesta más efectiva.

⁷ Se ha consultado diferentes fuentes: Indicadores de Mortalidad del Ministerio de Salud, reportes del INAN, reportes del PRONASIDA y reportes del Programa Nacional de lucha contra la tuberculosis. Según la disponibilidad de datos se ha consultado series que abarcan desde el 2000 al 2011.

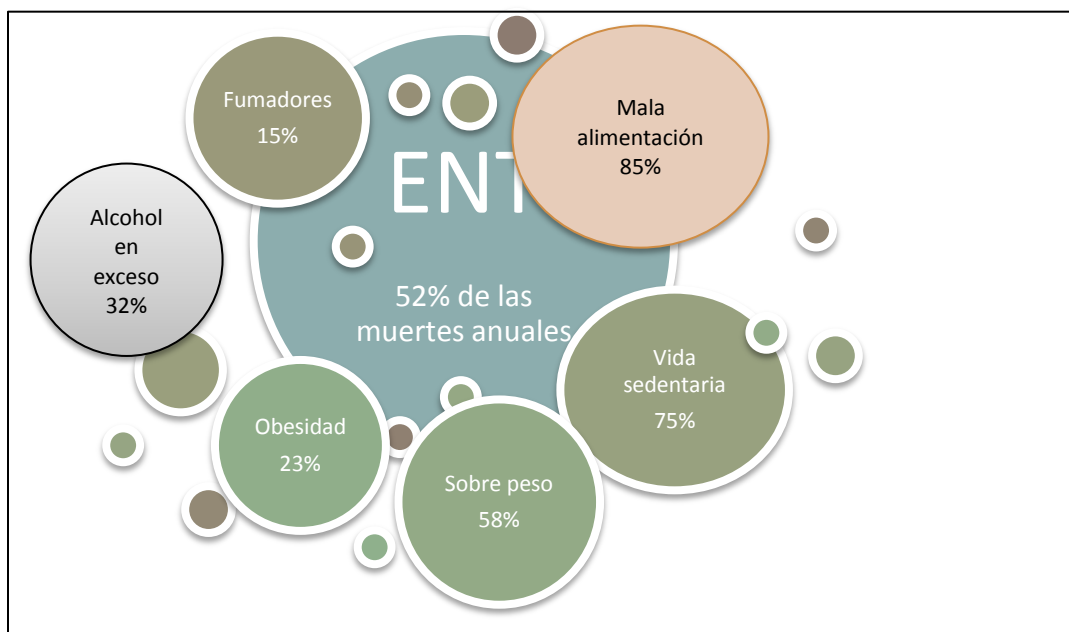
- En cuanto a la tuberculosis, en 3 de 18 Regiones Sanitarias (Central, Alto Paraná y Asunción) se concentran el 46% de nuevos casos y la tasa de incidencia varía en un rango de 12,2 a 112,2 por 100 mil habitantes (Guairá y Boquerón respectivamente). La población más vulnerable para la tuberculosis está constituida por la población indígena, la población privada de libertad y las personas que viven con VIH. Esta población vulnerable representa alrededor del 2% del total de la población del país y en ella se concentra cerca del 30% del total de casos nuevos y fallecidos en el año. Las tasas de incidencia y mortalidad comparadas con la población general son dramáticamente superiores. A nivel nacional se detectan el 77% de los casos estimados por la OMS para todas las formas pero las variaciones regionales son sustanciales señalando que sólo en 3 regiones sanitarias se superan la meta del 70% de detección (Alto Paraná, Amambay y Pte. Hayes) y en 9 regiones no se alcanza el 30% de detección programada. En cuanto al éxito de tratamiento, para una meta de 90%, el programa ha logrado alcanzar 82% a nivel país en el 2010 pero al analizarlo por departamentos el éxito del tratamiento puede ser tan bajo como el 66% alcanzado por Caazapá.

Factores de riesgo

Según una encuesta realizada por el Ministerio de Salud en el 2011, el 85% de la población paraguaya no tiene una alimentación adecuada con frutas y verduras, 75% tiene un estilo de vida sedentario, el 58% tiene sobrepeso u obesidad, 32% consume alcohol en exceso y el 15% fuma⁸.

⁸ El Acuerdo Marco de la OMS para control del tabaco establece que las medidas más efectivas son una combinación de: espacios libre de humo de tabaco, prohibición de todo tipo de promoción y publicidad así como el incremento de los impuestos a su comercialización. Paraguay, a pesar de ser parte de este acuerdo no ha podido implementar estas medidas y es el único país del MERCOSUR que no lo ha hecho.

Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Paraguay 2011.



Fuente: Elaboración a partir de la Primera Encuesta sobre factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Paraguay, 2011.

Las mujeres tienen una mayor proporción de vida sedentaria y peso alterado en comparación con los hombres. En cambio éstos tienen una peor alimentación y son quienes tienen una mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol.

Los resultados de la encuesta señalan un incremento de colesterol elevado y de diabetes así como la persistencia de una alta prevalencia de hipertensión arterial. Las cifras son: 25% de la población adulta con niveles de colesterol por encima de lo normal, 10% con diabetes mellitus y 32% con hipertensión arterial.

Según la misma encuesta, 63% de los conductores no utilizan adecuadamente el cinturón de seguridad, 26% declaran que nunca lo utilizan y entre los motociclistas el 79% no utiliza adecuadamente el casco, o peor aún, el 44% declara que nunca lo utiliza.

La alta prevalencia y la combinación de todos estos factores explican el alto impacto en Paraguay de las enfermedades no transmisibles y de los accidentes de tránsito.

Pobreza y desigualdad

Existe un alto consenso a nivel mundial que el estado de salud de la población está influido por los denominados *determinantes sociales de la salud*. Las desigualdades en la educación, el empleo, el ingreso y otros factores afectan de manera notable a la salud de las personas, a la calidad y cantidad de años que viven⁹.

En Paraguay el rasgo más dramático de estos determinantes lo constituye la pobreza y sobre todo la pobreza extrema. Alrededor de 2.1 millones de personas viven bajo la línea de la pobreza (32,4 % de la población) y más de 1.1 millones de estas personas viven en situación de pobreza extrema.

Ser pobre condiciona el acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado sanitario, recolección de basura, servicios médicos y educación, entre otros. Al mismo tiempo son los pobres quienes concentran la mayor carga sanitaria de muchas enfermedades generando un gran impacto proporcional en la economía de sus hogares incluso ante eventos no complejos. Este hecho empuja a muchas personas cada año bajo la línea de la pobreza o impiden a muchas familias a poder salir de esta situación.

Pero la falta de acceso a servicios básicos también afecta a la población no pobre en otros gradientes sociales. Por ejemplo, sólo el 41% de la población del país tiene un servicio de recolección de basura ya sea pública o privada. Pero la situación es peor en las áreas rurales donde apenas el 6,4% tiene este servicio en tanto que las personas en el quintil de menor ingreso solo el 8,9% acceden a los servicios de recolección de basura. Contradictoriamente a la gran cantidad de agua dulce disponible en el país, apenas el 54% de los hogares posee agua entubada ya sea

⁹ El informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS (2009) "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" presenta datos contundentes en este sentido. Inmediatamente después de la presentación del informe de la Comisión, liderada por Sir Michael Marmot, se sucedieron varias conferencias en todo el mundo. En Asunción tuvo lugar un foro regional en el 2010 con la participación de varios países de UNASUR. En octubre del 2011 en Rio de Janeiro tuvo lugar la conferencia mundial organizada por la OMS concluyendo con una declaración política sobre los determinantes sociales de la salud.

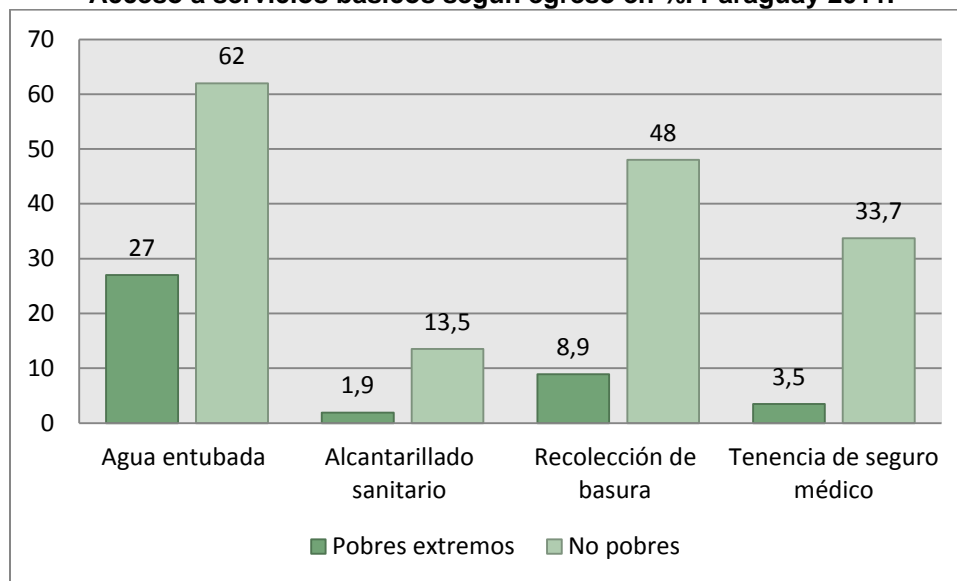
proveniente de la ESSAP o del SENASA. Sólo el 40% de los hogares rurales y el 43% de los hogares en el quintil de menor ingreso pose este servicio. Los demás utilizan redes comunitarias, algún proveedor privado, pozos artesianos u otras fuentes. El déficit más notable está en el sistema de saneamiento ya que 90% de la población no tiene red de alcantarillado sanitario, siendo menor el acceso de la población más pobre y las que viven en áreas rurales (DGEEC, EPH 2011). El gradiente de acceso que señalan las brechas de equidad es aún más intenso cuando se estudian estos aspectos en la población indígena del país.

En la actualidad existen una serie de programas de gobierno que forman parte de un sistema de protección social que busca mitigar estos problemas. Sin embargo no se ha logrado desarrollar las herramientas ni los mecanismos institucionales para establecer una coordinación efectiva, destinar los recursos suficientes e implementar acciones simultáneas a gran escala para actuar de manera contundente. Construir un sistema de gobernanza único y actuar por medio de una gestión social de territorios buscando resultados concretos deben ser componentes fundamentales de las políticas de desarrollo económico, social y del sector salud.

Es posible sostener, con argumentos fundados, que una política de intervención a gran escala para proveer agua potable, saneamiento con plantas de tratamiento así como servicios de recolección de basura con un sistema de disposición final (sobre todo de residuos sólidos) generará un impacto notorio en la salud de la población. El acceso simultáneo a estos servicios constituye la medida de salud pública más efectiva para el Paraguay y es al mismo tiempo el área de oportunidad más importante para hacer coincidir la política de salud con la política de inversión y desarrollo a nivel Nacional. El diseño e implementación de un *Plan de Inversiones para territorios saludables* con un fondo específico que movilice recursos nacionales, departamentales y municipales es una herramienta factible para revertir el lento progreso hacia el acceso a estos servicios básicos¹⁰.

¹⁰ El financiamiento externo para aumentar la cobertura de acceso a agua potable y saneamiento no ha logrado aportar una reducción de la burocracia y mayor contundencia en los resultados. En varias ocasiones se ha puesto

Acceso a servicios básicos según egreso en %. Paraguay 2011.



**Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2009 y 2011.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.**

LA LEY 1032 Y LA REFORMA QUE NO SUCEDIÓ

La reforma de la Constitución Nacional del Paraguay en 1992 introdujo tres cuestiones claves para el sector salud:

- En primer lugar estableció que la salud es un *derecho* fundamental de la persona.
- En segundo lugar adoptó la *descentralización* como un modelo de gestión del Estado y por consiguiente para las instituciones públicas en salud.

en la mesa de discusión del Ministerio de Salud la necesidad de reorientar el financiamiento de estos proyectos con fondos nacionales ya que se ha considerado que la burocracia gubernamental es de menor envergadura y al mismo tiempo se estaría dando un mensaje de mayor compromiso para reducir estas brechas por parte del Estado.

- En tercer lugar estableció que el *Sistema Nacional de Salud* promoverá políticas que coordinen y complementen recursos entre el sector público y el sector privado.

El artículo 4 establece que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción...”.

El artículo 6 establece que “La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad...”.

El artículo 7 establece que “Toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado...”.

El artículo 25 establece que “Toda persona tiene el derecho a la libre expresión de su personalidad, a la creatividad y a la formación de su propia identidad e imagen...”.

El artículo 46 establece que “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios”.

El artículo 54 establece que “La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente”.

El artículo 55 establece que “La maternidad y la paternidad responsables serán protegidas por el Estado, el cual fomentará la creación de instituciones necesarias para dichos fines”.

El artículo 58 establece que “Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social...”

El artículo 60 establece que “El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad”.

El artículo 61 establece que “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

El artículo 68 establece que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

El artículo 69 establece que “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

El artículo 72 establece que “El Estado velará por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo facilitará el acceso de factores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales”.

Bajo este marco constitucional en 1996 se promulgó la *Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos del sector salud teniendo como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa,*

oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase. Para lograr este fin la ley plantea la atención integral de las personas bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) a través de una gestión descentralizada en la que se articulan el sector público y del sector privado por medio de los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local promoviendo al mismo una amplia participación social. Explícitamente establece que: “El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo” y que “tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad”. Así mismo define que implementará “Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural”. Esta ley también crea institucionalmente los consejos locales y regionales de salud, como mecanismo de participación en el sector y como articulador del sistema en el marco de un proceso de descentralización.

Pero la ley no ha logrado cambiar el sistema de salud. La falta de voluntad política así como la falta de herramientas y mecanismos institucionales para su implementación han hecho de esta reforma legal una reforma fallida para cambiar el sistema de salud del Paraguay. En efecto, a 20 años de la reforma constitucional y a 16 años de la promulgación de la ley que creó el Sistema Nacional de Salud, no se ha logrado modificar el modelo de gestión, de atención ni el modelo de financiamiento¹¹.

La descentralización del sistema, como sucede en otros sectores, no ha avanzado mucho. Una prueba de ello es que las Gobernaciones y Municipalidades participan apenas en un 3% del gasto público en salud. Por otra parte, las estructuras para impulsar la descentralización y la

¹¹En un breve artículo, “Paraguay: la reforma que no cambió el sistema de salud” (2012), Felipe Recalde concluye que se mantuvo el estatus quo existente antes de la aprobación de la ley 1032 y que la reforma orientada hacia el pluralismo estructurado no pudo concretarse por un consenso muy débil entorno a ella.

articulación del SNS no se han implementado en su totalidad. Por ejemplo la ley 1032 establece que se organizará tres direcciones ejecutivas: la superintendencia de salud, la dirección médica nacional y la dirección del fondo nacional de salud, pero hasta el momento sólo se ha estructurado la Superintendencia de salud que tiene a su cargo la acreditación y el control de calidad de los servicios ofrecidos por el sistema de salud. La Dirección Médica Nacional debería ocuparse de la integración de un equipo técnico para diseñar las normas de funcionamiento y la gerencia del sistema de salud. El Fondo Nacional de Salud debería ocuparse del desarrollo de la política de financiamiento sectorial así como la organización y administración del *seguro médico nacional* que deberá ser creada por una ley complementaria.

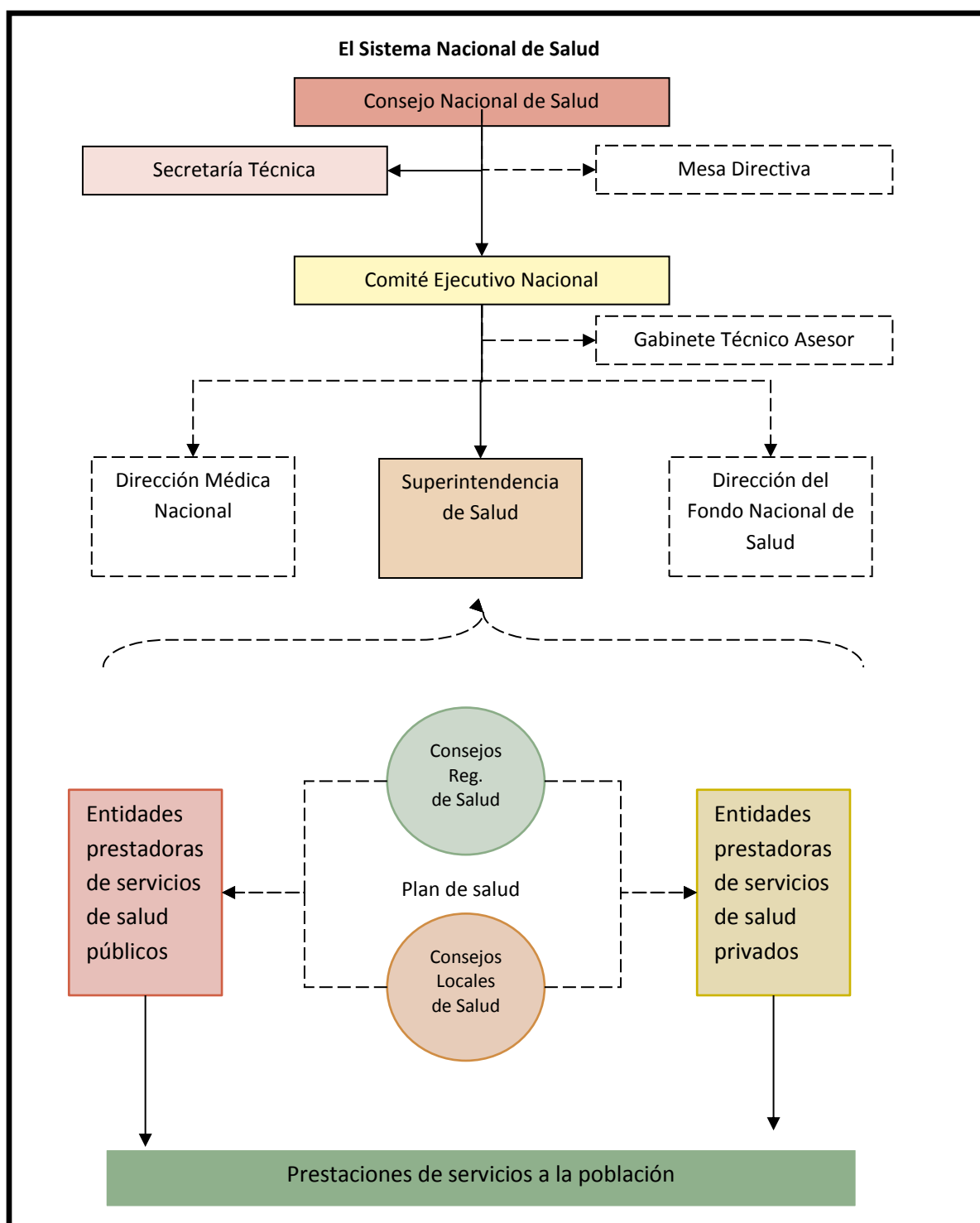
El Consejo Nacional de Salud no logró funcionar de manera continua desde su creación y en ningún periodo se ha logrado reunirlo de manera ordinaria. Entre 1996 y el 2008 menos del 10% de los municipios contaban con consejos de salud funcionando. Recién a partir de ese año, por medio de la creación del *Fondo de equidad para la descentralización en salud*, se logró conformar de manera progresiva más de 200 consejos de salud en el 80% de los municipios. Por medio de este fondo el Ministerio de Salud transfiere alrededor del 1% de su presupuesto para que los consejos brinden un apoyo complementario al funcionamiento de los establecimientos de salud de sus comunidades y a la vez implementen un plan local de salud¹².

El resultado principal de este proceso ha sido el fortalecimiento de la democratización del sistema por medio de la consolidación de un importante espacio de participación social y encuentro entre diferentes actores locales pero no así la descentralización efectiva ni la articulación de los subsistemas de manera sistemática.

En conjunto las mejoras paramétricas introducidas en cada subsistema no han alcanzado para superar los problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud.

¹² Rubén Gaete (2012) en un reciente estudio sobre la descentralización en Paraguay analiza el efecto del Fondo de Equidad para mantener el funcionamiento de los consejos de salud existentes hasta el 2008 y cómo estos espacios de participación se han constituido en el avance más importante del modelo de descentralización planteado en la ley 1032.

El Sistema Nacional de Salud según la ley 1032 y su implementación actual. Paraguay 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de la ley 1032/96. Las líneas discontinuas representan los aspectos no implementados o poco desarrollados.

MARCO LEGAL DE GARANTÍAS DEL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO

Constitución Nacional

Promulgada en 1992, a dos años de la caída del régimen dictatorial que gobernó por 35 años la República.

El artículo 4 establece que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción...”.

El artículo 6 establece que “La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad...”.

El artículo 7 establece que “Toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado...”.

El artículo 25 establece que “Toda persona tiene el derecho a la libre expresión de su personalidad, a la creatividad y a la formación de su propia identidad e imagen...”.

El artículo 46 establece que “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios”.

El artículo 54 establece que “La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente”.

El artículo 55 establece que “La maternidad y la paternidad responsables serán protegidas por el Estado, el cual fomentará la creación de instituciones necesarias para dichos fines”.

El artículo 58 establece que “Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social...”

El artículo 60 establece que “El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad”.

El artículo 61 establece que “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

El artículo 68 establece que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

El artículo 69 establece que “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

El artículo 72 establece que “El Estado velará por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo facilitará el acceso de factores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales”.

El código de la niñez y adolescencia

Este código fue aprobado por medio de la ley 1680 en año 2001 para dar cumplimiento a la Constitución Nacional y a la Convención sobre los derechos del niño ratificada por Paraguay en 1990.

Por medio de este código se establece que toda medida que se adopte respecto a niños y adolescentes deberá estar fundada en su interés superior.

Los padres o encargados referidos en el Código Civil tienen la obligación de garantizar el desarrollo armónico e integral de los niños y adolescentes y protegerlos contra el abandono, la desnutrición, el abuso y la violencia. Cuando esta obligación no fuera cumplida el Estado está obligado a cumplirla.

La protección de las personas desde su nacimiento está garantizada y se ejerce por medio de la atención de la embarazada desde la concepción hasta los 45 días después del nacimiento. Según el código es responsabilidad del Estado atender a las embarazadas proveyendo alimentación, alojamiento y medicamentos necesarios. Se promueve la lactancia materna.

Se establece expresamente que cualquier embarazada que precise atención urgente deberá ser atendida en la institución de salud más cercana y que la insolvencia de esta, la falta de cama de otros medios no podrá ser invocada por la institución de salud para rechazar o referir sin antes recibir el tratamiento de emergencia inicial.

En ningún caso la falta de pago por servicios médicos puede ameritar la retención del niño o de la madre en el centro hospitalario.

Los artículos 13 al 17 hacen mención expresa sobre el derecho a la salud del niño y adolescente, del derecho a la salud sexual y reproductiva, de los programas de salud, del derecho a la protección contra sustancias dañinas como el tabaco y el alcohol y aspectos relacionados a las intervenciones quirúrgicas.

En este sentido se establece que:

- “El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros.
- En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón.
- El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares. Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad respetando el derecho y la obligación de los padres o tutores.
- El Estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, habilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos.
- El Estado implementará programas permanentes de prevención del uso ilícito del tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes o sicotrópicas. Implementará igualmente programas dirigidos a la recuperación del niño o adolescente dependientes de éstas sustancias.

- Las Instituciones de Salud públicas o privadas requerirán la correspondiente autorización de los padres, tutores o responsables cuando deban hospitalizar, intervenir quirúrgicamente o aplicar los tratamientos necesarios para preservar la vida o integridad del niño o adolescente. En caso de oposición del padre, la madre, los tutores o responsables por razones de índole cultural o religiosa, o en caso de ausencia de éstos, el profesional médico requerirá autorización judicial. Excepcionalmente, cuando un niño o adolescente deba ser intervenido quirúrgicamente de urgencia por hallarse en peligro de muerte, el profesional médico estará obligado a proceder como la ciencia lo indique, debiendo comunicar esta decisión al Juez de la Niñez y la Adolescencia de manera inmediata”.

Por medio de esta ley se crea “el Sistema Nacional de Protección y Promoción Integral a la Niñez y para la ejecución de la política nacional destinada a garantizar la plena vigencia de los derechos del niño y del adolescente. El Sistema regulará e integrará los programas y acciones a nivel nacional, departamental y municipal”.

Ley del Sistema Nacional de Salud

La ley 1032 de 1996 crea el Sistema Nacional de Salud en “cumplimiento de una política Nacional de salud que posibilite la vigencia del pleno derecho a la salud de toda la población, con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud”.

Explícitamente establece que: “El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo” y que “tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad”.

Así mismo define que implementará “Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural”.

Esta ley crea los consejos locales y regionales de salud, como mecanismo de participación en el sector y como articulador del sistema en el marco de un proceso de descentralización.

Ley de gratuidad de aranceles en el Ministerio de Salud

La ley 5099 “de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social” establece la eliminación de aranceles para los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en estas dependencias.

Establece también la provisión gratuita de medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y otros insumos que se encuentren disponibles.

Dispone que deba definirse un conjunto integral de prestaciones para hombres y mujeres de todas las edades, los cuales deberán proveerse por medio de una red de servicios basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Establece que la aplicación de esta ley será progresiva.

Ley sobre kit de partos y anticonceptivos

La ley 2907 aprobada en el 2005 “de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de parto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social” establece que por medio del Presupuesto General de la Nación se proveerán los recursos necesarios para que las mujeres accedan a un kit de parto y a los insumos para la planificación familiar. El alcance es tanto para el Ministerio de Salud Pública como para el IPS.

En el 2011 una modificación por medio de la ley 4313 se autoriza la compra de anticonceptivos por medio de agencias internacionales.

Ley del Test del piecito

La ley 2138/2003 “Que Crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental Producido por el Hipotiroidismo Congénito y de Fenilcetonuria” establece la gratuidad y obligatoriedad de la realización de esta prueba.

La cobertura del programa es progresiva y los test son producidos por el propio programa, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ley sobre inmunizaciones

Actualmente está vigente la ley 4621, ley Nacional de Vacunas, aprobada en el 2012, cuyo objeto es garantizar la protección de todos los habitantes contra las enfermedades inmuno prevenibles por medio de esquemas regulares y especiales de vacunación definidos por Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La ley garantiza el financiamiento para la compra de vacunas, insumos necesarios así como para la logística adecuada para alcanzar una cobertura nacional con provisión gratuita de las mismas.

Se establece la obligatoriedad de las inmunizaciones, determinando que los padres o quienes tengan la custodia de menores serán los responsables para el cumplimiento de esta obligación.

La ley 4769 establece la incorporación al programa ampliado de inmunizaciones las vacunas contra el neumococo, varicela y hepatitis A.

La ley 1474 incorpora al programa la vacuna contra el virus del papiloma humano.

Ley de garantía nutricional en la primera infancia

Esta ley (4698/12) fue aprobada en agosto del 2012.

Tiene por objeto garantizar la prevención, asistencia y control de la desnutrición de todos los niños y niñas menores de cinco años de edad así como de las mujeres embarazadas a partir del tercer mes de gestación hasta los primeros seis meses después del parto, que se encuentren en situación de pobreza, bajo peso, desnutrición o cualquier otra situación de vulnerabilidad nutricional.

Para dar cumplimiento a la ley crea el Programa Alimentario Nutricional (PANI) a cargo del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). Este programa debe proveer de manera gratuita un complemento nutricional así como asistencia al entorno familiar.

La ley establece la garantía de su financiamiento con recursos provenientes del Tesoro Nacional.

Ley de complemento nutricional en las escuelas

La ley 1443 de 1999 “que crea el sistema de complemento nutricional y control sanitario en las escuelas” establece que los escolares deberán recibir leche enriquecida, un alimento sólido rico en proteínas con refuerzo de vitaminas A y D, hierro y yodo. Además deben recibir prevención de caries por medio de fluorización, desparasitación, control de peso y talla, corrección de problemas de la visión, agua potable, baños higiénicos, educación para la salud así como también asistencia médica y odontológica.

Las Gobernaciones tienen a su cargo el programa de complemento nutricional en tanto que el Ministerio de salud el de control sanitario.

Ley del Fondo Nacional de Recursos solidarios para la salud (FONARESS)

La ley 4392 que crea el fondo nacional de recursos solidarios para la salud fue promulgada en el 2011 y a pesar de los plazos para su reglamentación e implementación hasta la fecha de publicación de este trabajo aún no fue siquiera reglamentada y por consiguiente su implementación aún está pendiente.

La ley establece los mecanismos para integrar un fondo que garantice a todos los habitantes de la República el tratamiento para las siguientes patologías:

- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Trasplante de órganos
- Cardiopatías
- Cáncer

REFERENCIAS

- Banco Interamericano de Desarrollo. (1997) *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud de América Latina*. Documento de trabajo 353.
- Banco Mundial. (2012). *Construyendo un futuro saludable. Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo*.
- Banco Mundial. (2005). *Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la calidad de la atención y de las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios*.
- CEPAL. (2005) Políticas y Programas de Salud en América Latina. Problemas y propuestas.
- Frenk, J. (2010). Leadership for Universal Health Coverage: The Technical, Political, and Ethical Pillars of Reform. *Conferencia inaugural del informe mundial de salud*. Berlín.
- Gaete, R. (2012). *Estudio de la descentralización de servicios esenciales para el caso de Paraguay*. Santiago de Chile.: CEPAL. Naciones Unidas.
- Giménez, E., & Cabral, C. (2007). Paraguay. Segmentación, fragmentación y falta de voluntad política. En S. Watch, *En Dignidad y derechos. Como hacer realidad el derecho universal a la seguridad social* (págs. 2004-205).
- Moreno, R., Smith, P. (September 2012). Universal Health Coverage 1. *Does progress towards universal health coverage improve population health?. The Lancet*, 380, 917-23.
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2009) Comisión sobre determinantes sociales de la salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). *Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS.
- OPS. (2007). *27 Conferencia Sanitaria Panamericana. Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 2015*. Washington DC.
- OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington DC: OPS.
- OPS. (2010). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC.
- Recalde, F. (marzo de 2012). Paraguay: La reforma que no cambió el sistema de salud. *Latam Salud*.

- Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L., & Fan, V. (September 2012). Universal Health Coverage 2. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*, 380, 924-32.
- Sen, A. (2001). Por qué la equidad en salud? *Discurso en la III Conferencia Internacional sobre economía de la salud*. York. Reino Unido.
- Tobar, F. (julio de 2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*, 23(2), 83 y sucesivas.
- Tobar, F. (2002). Como construir una política de Estado en salud. *Médicos Medicina Global*, IV(XXIII), 34 - 39.
- Tobar, F. (2010). *Qué aprendidos de las reformas de salud?. Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para la Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.
- Tobar, F. ¿Qué es el universalismo básico?
- Tobar, F. Políticas de Salud: Modalidades y Tendencias
- UNASUR. ISAGS (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población. (2008). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Informe final. Paraguay.
- Convención Nacional Constituyente. (1992). Constitución Nacional. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2010). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2011). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2012). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Frenk, J. (1993). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. . México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Giménez Caballero, E. D. (2013). *Hacia un Sistema de Salud con Garantías*. Asunción: INSTITUTO DESARROLLO.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2009). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Bioestadística. (2011). Indicadores de Mortalidad. Paraguay.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Bioestadística. (s.f.). Indicadores de Mortalidad 2010. Paraguay.

Poder Legislativo. (1999). Ley de 1443 QUE CREA EL SISTEMA DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL Y CONTROL SANITARIO EN LAS ESCUELAS. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2001). Ley 1680 CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2003). Ley 2138 Que Crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental Producido por el Hipotiroidismo Congénito y de Fenilcetonuria. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2006). Ley 2907 DE ASEGURAMIENTO PRESUPUESTARIO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y DE APROVISIONAMIENTO DEL KIT DE PARTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2009). Ley 3940. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2011). Ley 4313 QUE MODIFICA LA LEY 2907. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2011). Ley 4621 NACIONAL DE VACUNAS. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2011). Ley 4744 QUE INCORPORA AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2012). Ley 4698 DE GARANTIA NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.

Poder Legislativo. (2012). Ley 4769 DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DE LAS VACUNAS

CONTRA EL NEUMOCOCO, VARICELA Y HEPATITIS A. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.