Mayo de 1999

3

Análisis del Sector Salud del Paraguay

Versión Preliminar

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

Prof. Dr. Andrés Vidovich Morales
Presidente del Consejo Nacional de Salud
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Prof. Dr. Raúl Avila Fernández
Vice Presidente del Consejo Nacional de Salud
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas - UNA

Dr. Alberto Echeverría Meza
Director Ejecutivo del Comité Ejecutivo Nacional

Responsables e integrantes de Grupos de Trabajo

Coordinador General del Estudio: Dr. Roberto Dullak Peña,
Vice Ministro de Salud

Relatores: Dra. Teresa León Mendaro
Dres. Florentino García S. y Jorge Isaacs

1. Contexto Político, Económico y Social

Coordinador: Dr. Alberto Echeverría
Relatora: Dra. Martha Peña (Ministerio de Hacienda)
Lic. Haydee Fernández (Secretaría Técnica de Planificación)
Lic. Ida Caballero
Lic. Bernardo Navarro (Ministerio de Hacienda)

2. Análisis Demográfico y Epidemiológico

Coordinador: Dr. Gualberto Piñanez
Relatora: Dra. Estela Cabral de Bejarano
Dr. Nélson Aguirre

3. Promoción, Prevención y Educación para la Salud

Coordinadora: Dra. Teresa León Mendaro
Relatora: Dra. Mirian de Almada.
Dra. Rosa de Dioverti

4. Análisis Político, Institucional y Organizacional

Coordinador: Dr. Faustino Centurión
Relatora: Lic. Diana Lima
Dr. Pedro Anibal Rolón
Dr. Agustín Carrizosa (Consultor Nacional)
Dr. Luis Torres (Instituto de Previsión Social)
Dr. Miguel Angel Rotela

5. Análisis de la Provisión: Oferta y Demanda de Servicios

Coordinador: Dr. Tomás Cabrera
Relatora: Dra. Cristina Franco de Benítez
Dr. Gregorio Gadea (Instituto de Previsión Social)
Lic. Herminio Cáceres

6. Análisis Económicos, Financiación y Gasto

Coordinadora: Dra. Teresa León Mendaro
Relatora: Dra. Alicia Vásquez
Lic. Vitian de Ramírez
Tec. Brenda Delgadillo Vester

7. La Cooperación Internacional

Coordinador: Dr. César González Alonso
Relatora: Dra. Rosa de Dioverti

Asistencia Técnica:

- Ing. Diego Victoria, Representante OPS/OMS en el Paraguay.
- Dr. Florentino García S., Asesor OPS/OMS en el Paraguay.
- Dr. Rubén Figueroa, Asesor OPS/OMS en el Paraguay.
- Dra. Edith Montecinos, Asesora OPS/OMS en el Paraguay.
- Lic. Gloria Briceño, Asesora OPS/OMS en el Paraguay.
- Dr. Jorge Isaacs, Consultor OPS/OMS en el Paraguay.
- Dr. Daniel López Acuña, Director de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS, Washington D.C.
- Dr. Alberto Infante, Consultor Regional OPS/OMS, Washington D.C.
- Dr. Cleofe Molina, Consultor OPS/OMS, Washington D.C.
- Dra. Patricia Ruiz, Consultor OPS/OMS, Washington D.C.
- Dr. Javier Elola, Consultor OMS, España.
- Dr. Félix Lobo, Consultor OMS, España.

PROLOGO

El Consejo Nacional de Salud, como parte de su Plan de Actividades, estableció como prioridad la realización de un Estudio Estratégico del Sector Salud del país. Es así como el esfuerzo mancomunado de funcionarios del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda, de la Secretaría Técnica de Planificación, del Instituto de Previsión Social, de las Unidades Ejecutoras de los Proyectos del MSP y BS con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y la cooperación de la OPS/OMS, ha producido el presente documento, que tenemos la satisfacción de presentar a la consideración de autoridades, técnicos y de la opinión pública nacional e internacional.

Este análisis permitirá a los niveles de decisión político-técnico del país evaluar los principales problemas del sector, sus determinantes, los recursos disponibles, su organización, las actividades que desarrolla y su gasto y financiamiento; pero, principalmente, analizar los procesos de reforma del sector salud ya iniciados para el logro de un cambio estructural, del enfoque, la organización y el financiamiento de salud.

Asimismo, podrá constituir una base para formular políticas, estrategias y planes para continuar en el proceso de reforma del sector encaminados a aumentar la equidad, eficacia, efectividad y calidad de los servicios de salud.

Esperamos que este documento se constituya en un aporte para la elaboración participativa de una política de Estado en el área de salud, que incorpore los principios básicos de equidad, solidaridad y universalidad de la atención en salud, para beneficio de todo el pueblo paraguayo y proyecte al Paraguay con una visión integral del desarrollo humano sostenible en el próximo siglo.

Dr. Andrés Vidovich Morales
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Presidente del Consejo Nacional de Salud

INDICE

Pág.

- **Resumen Ejecutivo** i

1. Contexto Político,Económico y Social 1

1.1. Contexto Político 1

1.2. Contexto Económico 3

1.2.1. Reformas implementadas a partir de 1989 3

1.2.2. Evolución Económica Período 1990-1996 4

1.2.3. Perspectivas a Corto y Mediano Plazo 7

1.3. Contexto Social 7

1.3.1. Empleo o ingreso 7

1.3.2. Pobreza 8

1.3.3. La Integración Social y los Grupos Sociales Vulnerables 9

1.3.4. Acceso a Servicios Sociales 10

1.3.5. Sistema Previsional Paraguayo 11

1.3.6. La Necesidad de una Política Social 12

2. Demografía y Epidemiología 15

2.1. Análisis Demográfico 15

2.2. Análisis del perfil Epidemiológico 17

3. Promoción, Prevención y Educación Sanitaria 25

3.1. Promoción 25

3.2. Prevención de Enfermedades 26

4. Análisis Institucional y Organizacional del Sector Salud 29

4.1. Política Nacional de Salud. 29

4.2. El Sistema Nacional de Salud. 29

4.2.1. Constituyen los valores fundamentales del Sistema Nac. de Salud. 30

4.2.2. Acciones prioritarias del gobierno en el sector salud. 30

4.3. Legislación del Sector Salud. 31

4.4. Los objetivos de la Reforma. 31
4.4.1. Objetivos a corto plazo. 31
4.4.2. Objetivos a mediano y largo plazo. 33

4.5. Actores principales. 33
4.5.1. Instituciones del sub sector público de salud. 33
4.5.2. Organizaciones mixtas. 36
4.5.3. Instituciones del subsector privado. 37
4.5.4. Otras Instituciones del sector salud. 37

4.6. Las Funciones. 37
4.6.1. Función de Regulación. 37
4.6.2. Función de Financiamiento. 38
4.6.3. Función de Aseguramiento. 38
4.6.4. Función de Provisión. 39
4.6.5. Función de Evaluación. 39

5. Análisis de la Provisión: Oferta y Demanda de Servicios 41

5.1. Estructura general de la oferta de servicios. 41
5.1.1. Oferta de servicios por nivel asistencial. 43
5.1.2. Cartera de servicios por nivel asistencial e institución. 44
5.1.3. Análisis de la oferta de servicios hospitalarios. 44
5.1.4. Infraestructura física, instalaciones y equipamientos. 46
5.1.5. Tecnología. 47
5.1.6. Medicamentos y productos sanitarios. 47

5.2. Análisis de los recursos humanos. 48
5.2.1. Cantidad y distribución. 48
5.2.2. Formación. 48
5.2.3. Rol del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 52
5.2.4. Recursos Humanos y Desafíos. 52
5.2.5. Asociaciones profesionales. 53

5.3. Necesidad y demanda. 53

5.4. Demanda y utilización de servicios. 54
5.4.1. Actividades de primer nivel. 55
5.4.2. Actividades de segundo y tercer nivel asistencial. 55

5.4.3. Referencia y Contrarreferencia. 57
5.4.4. Descentralización de la gestión. 58
5.4.5. Evaluación y Control. 58
5.4.6. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios. 58

6. Análisis Económicos, Financiación y Gasto 59

6.1. Financiación. 59
6.1.1. Prestadores de Servicios del Sector Salud. 59
6.1.2. Flujo Financiero y de Servicios en el Sistema de Salud. 61
6.1.3. Fuentes de Financiamiento del Sector Salud. 64
6.1.4. Sistemas de Pago a los Oferentes. 67

6.2. El gasto en asistencia sanitaria y salud pública: composición y evolución. 68
6.2.1. El Gasto Nacional Agregado. 68
6.2.2. El Gasto Público. 69

7. Cooperación Internacional 75

7.1. Origen de la Cooperación. 75

7.2. Tipo de Cooperación. 77

7.3. Destino o Sectores Beneficiados. 80

7.4. Tendencia de la Cooperación. 82

8. Propuestas de Líneas de Acción. 87

8.1. Con relación a la equidad. 87

8.2. Con relación a la efectividad y calidad. 88

8.3. Con relación a la eficiencia. 89

8.4. Con relación a la sostenibilidad. 91

8.5. Con relación a la participación. 92

8.6. Con relación a la cooperación internacional. 92

RESUMEN EJECUTIVO

1. CONTEXTO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL

Desde 1989 el Paraguay vive una nueva etapa que se caracteriza por el tránsito de un régimen autoritario a la democracia. En 1991 fueron electos los intendentes por voto directo y en junio de 1992 se sancionó una nueva Constitución que consagra la vigencia de los Derechos Humanos y un Estado Democrático y Social de Derecho; desde entonces se han celebrado elecciones presidenciales, legislativas y de gobernadores, y rige la separación efectiva de poderes y la libertad de prensa. En noviembre de 1996 los paraguayos pudieron elegir libremente por segunda vez intendentes y concejales, y en 1998 se realizaron nuevas elecciones nacionales para Presidente, Parlamento y Gobernadores.

El cambio de régimen significó también una nueva etapa económica; en 1991 el país firmó el Tratado de Asunción que creó el MERCOSUR, **el crecimiento regional fue de 1,3% en 1995 y de 4,6% en 1997, no obstante, el impacto de la crisis del sudeste asiático podría provocar crecimientos menores a los previstos, en el caso del Paraguay aún no se han hecho estudios sobre el impacto neto del menor crecimiento regional, pero se estima, a nivel privado, que será difícil alcanzar el objetivo de crecimiento económico del 4% para 1998.** Aunque persisten problemas serios (con la evasión fiscal y la fragilidad del sistema financiero) de 1992 a 1995 se controló la inflación, se unificaron los tipos de cambio, se redujeron el déficit público y la deuda externa; creció el PIB per cápita, se liberalizaron las tasas de interés y se estudió la modernización de los sistemas tributario y arancelario. En 1996 se observaron signos de estancamiento en la economía e incremento del desempleo (9% registrado y 20% de subempleo).

En el curso de 1998 el déficit fiscal creció en 150.000.000 U$s. En 1995 y 1997 se producen dos crisis financieras con quiebra de bancos, financieras, aseguradoras y cierre de empresas vinculadas.

El *gasto público social* aumentó desde niveles inferiores al 4% del PIB en la década pasada a casi el 9% en 1996, **el gasto del MSP y BS en el período 1992-1997 pasó de 2,2% a 2,6% del PIB, respectivamente.** Se estima que, al menos, el 25% de la población urbana vive bajo el umbral de pobreza, siendo aún mayores los porcentajes de pobreza en el sector rural[1]. Para atender este problema, en 1994 se creó la Secretaria de Acción Social y en 1996 se formuló el Plan Estratégico de Desarrollo Social.

El *proceso de reestructuración del Estado* es lento y de alcance limitado. Se inicia la racionalización administrativa, con poco impacto en el mejoramiento de los servicios, y se denuncian hechos de corrupción o faltas administrativas. Hay avances en el fomento de la participación ciudadana y en la descentralización, principalmente en el sector de la salud y educación.

---

[1] Algunas estimaciones elevan hasta el 70% la población que, a fines de 1996, vivía en la pobreza. Ello incluiría a la mayoría de la población rural y a unas 500.000 personas en las áreas urbanas. De éstos, 120.000 clasificados dentro de la extrema pobreza. FMIÑ informe de consultas de 1997, ABC. Suplemento Económico, Asunción, 19 de oct. 1997.

2. DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA

2.1. Demografía

El Paraguay posee una superficie de 406.752 km^2, con una población total estimada de 1997 de 5.085.325 hab. La densidad poblacional promedio es de 12,5 hab/km^2, con 0,4 hab/km^2 en la Región Occidental y 25,3 hab/km^2 en la Región Oriental. En esta última, la densidad es desigual: en el Departamento Central hay 351,5 hab/km^2 y otros oscilan entre 15 y 45 hab/km^2. La capital, Asunción, tiene una densidad de 4.285 hab/km^2, duplica su población durante el día debido al movimiento de la población económicamente activa de las *"ciudades dormitorio"* del área metropolitana.

La población es joven (40% son menores de 15 años), con una tasa de crecimiento del 3,2% (1992) que, de mantenerse en 20 años se duplicará la población total. En 1996, la relación población rural/urbana es de 47% y 53% respectivamente, la dispersión en el sector rural oscila entre 20% y 87%. La población urbana es concentrada, el 66% se asienta en menos del 1% del territorio nacional, y el hacinamiento (3 personas por habitación) afecta el 30% (15% Asunción y 46% S. Pedro). En 1992, el 42% de la población es monolingue guaraní y el 50% bilingüe (guaraní - español).

La *esperanza de vida al nacer* estimada para el período 1995-2000 es de 67,5 años para los hombres y 69,7 años para las mujeres, levemente mejores que las de Brasil pero claramente inferiores a las de Argentina.

Se observa una tendencia decreciente de las tasas de natalidad (37,74 por mil en 1972 y 31,3 por mil estimada para 1995-2000) y de *fecundidad* (4,7 hijos por mujer en 1990 y 4,2 estimada para el período 1995-2000), pero aún siguen siendo de las más altas de la Región y muestran variaciones muy acusadas entre Asunción (2,9) y el medio rural (5,7). En 1995 el porcentaje de mujeres que declaró usar algún método anticonceptivo se situó en torno al 48%, similar a Bolivia (45%) y muy inferior al de Brasil (73%)[2].

2.2. Epidemiología

Tradicionalmente en Paraguay los sistemas de información sanitaria no son totalmente eficaces. Así, el subregistro se estima que en las defunciones supera el 38%; la certificación médica, aunque obligatoria, sólo se realiza directamente por el profesional en algo más de la mitad de los casos. En el caso de los nacimientos, el subregistro se estima en el 51%.

Según las estadísticas de mortalidad publicadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), en 1995 las cinco primeras *causas de muerte* son las enfermedades del aparato circulatorio -34,5%-, tumores -12%-, causas externas -12%-, enfermedades del aparato respiratorio 6,9% y enf. infecciosas y parasitarias 5,5% dieron cuenta del 70% de las muertes. Llama la atención que el siguiente grupo sea las causas perinatales (3,9%), y que en cuatro Regiones Sanitarias los accidentes y violencias sean la primera causa de muerte. Por su parte, de cada 100 defunciones registradas en Paraguay, 7 se deben a alguna forma de accidente, donde los de tránsito ocupan un lugar preponderante.

La *tasa de mortalidad infantil* registrada en 1995 fue de 19,7 por mil nacidos vivos, con fuertes variaciones por Departamentos (de 14,2 en Asunción a 32,4 en Alto Paraná) y por etnias (entre las poblaciones indígenas oscila entre 64,3 y 185,5 por mil). **Estimaciones realizadas por distintas encuestas y otras fuentes de información diferentes**

---

[2] En diciembre de 1997 se presentó el informe final de la *"Encuesta Nacional sobre Salud Reproductiva 1995/96"* realizada por el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) con apoyo de USAID, BID y UNICEF. La Encuesta señala que el porcentaje de mujeres paraguayas que usan algun método anticonceptivo se incrementó del 38 al 50% entre 1987 y 1996.

del MSP y BS, sugieren que la tasa promedio de mortalidad infantil varía entre 30 y 36 por mil. La mortalidad materna tiene la misma distribución, con un promedio nacional de 130,7 por 100.000 NV y la oscilación de 48,9 a 519,9 entre la población indígena, rural y pobre. Muestran una tendencia de descenso pero se mantiene dentro de las diez más altas del continente.

Dentro de la prevención se observa la cobertura de vacunación con DPT y Antisarampión, que superan el 75% de los menores de un año.

Además de las enfermedades respiratorias agudas (IRAs), primera causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años, en 1995, y de las diarreas agudas (40.000 casos notificados por año), las enfermedades transmisibles más relevantes son: la enfermedad de Chagas, que es endémica, con una tasa de infección por Tripanosoma Cruzi estimada en 11,59%; el sarampión con 304 casos notificados en 1997; el tétanos Neonatal, la rabia con 9 nueve casos humanos y 576 de rabia canina, en 1997, la tuberculosis (tasa de incidencia de 37,2 por 100.000 hab., en 1996) y las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA con 343 casos registrados entre 1986 y 1997. Entre las no transmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el complejo accidentes-violencias y los tumores que constituyen en 1995 la 1°, 2° y 3° causa de óbito.

Las patologías mencionadas en el párrafo anterior poseen sus programas y estrategias de abordaje, que han sido históricamente verticales y que con la reforma del sector se integraron en los planes locales de salud.

Las enfermedades mencionadas, cuentan con estrategias de abordaje y programas concretos con metas específicas, **integradas a la reforma del sector salud cuya expresión más concreta es la creación del Sistema Nacional de Salud.** El grado de éxito de dichos programas depende del desarrollo de diversas estrategias, unas comunes a todos ellos y otras específicas del problema de que se trate.

Entre las ***estrategias*** comunes se destaca:

I) fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia. Definir un sistema oficial único de información epidemiológica que articule las redes de recolección, consolidación y análisis de los datos; crea un centro de documentación y oficina de análisis de la situación a nivel nacional, regional y de los sistemas locales de salud. Integrar la elaboración de las estadísticas vitales con las de morbilidad, factores de riesgo y condicionantes para seleccionar áreas y modalidades de intervención especial;

II) fortalecimiento del control de las enfermedades mediante la incorporación **de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad** de los establecimientos y servicios generales de salud;

III) desarrollo de intervenciones especiales sobre aquellas enfermedades en las que Paraguay adoptó compromisos internacionales de erradicación (enfermedad de Chagas, sarampión y rabia humana y canina urbana); y

IV) **impulso a la capacitación con la formación del personal de salud en epidemiología, salud pública, administración y gerenciamiento, así como en el proceso de educación contínua de técnicos y auxiliares en salud y su inserción en los servicios de salud.**

3. PROMOCION, PREVENCION Y EDUCACION SANITARIA

Como ***problemas*** principales en esta pueden señalarse: la débil incorporación de la educación para la salud en el ámbito de las escuelas y de los centros de trabajo; la necesidad de vincular indicadores de seguimiento con indicadores de impacto en los Planes y Programas Nacionales; la escasez de personal técnico capacitado tanto en los niveles central como distrital; la débil coordinación entre las unidades del nivel central competentes en la materia; las dificultades de relación entre el nivel central y el distrital, en buena parte debida a la escasez de recursos financie-

ros y logísticos; **falta de trabajo; medicalización de la salud en detrimento de los enfoques de promoción de la salud; alto grado de centralización de los programas de esta área.**

Con el objetivo de organizar el trabajo para superar la mencionada situación, en octubre de 1993, se reestructuró el MSP y BS y, entre otras modificaciones, se crean la Dirección General de Promoción, Prevención y Educación Sanitaria (DGPPES), la Dirección General de Salud Familiar (DGSF) y la Dirección General de Bienestar Social, como unidades centrales responsables de la promoción de la salud, la prevención y la educación sanitaria [3].

La DGPPES tiene a su cargo la promoción de la salud, la educación sanitaria y los asuntos comunitarios, y desde ella se ha impulsado entre otros, el movimiento de municipios saludables. La DGSF tiene a su cargo la salud materno-infantil, la salud del niño y del adolescente, la salud oral, la salud mental y la alimentación y la nutrición.

En 1994 el MSP y BS publicó un *"Manual de Funciones, Normas y Procedimientos en Educación para la Salud"*. A fines de 1997 se publicaron el Plan Estratégico de Alimentación y Nutrición 1997-2000 y los Planes Nacionales de Atención Integral a la Niñez y del Adolescente para el período 1997-2000. Además, tras una valoración de la experiencia realizada entre 1992 y 1995, en 1997 se creó la primera unidad regional de salud mental en la XIII Región Sanitaria. Sin embargo estos planes no han sido implementados a nivel regional y local a través de los diferentes Consejos.

En agosto de 1996, una resolución ministerial creó el Comité Ejecutivo Interinstitucional del Movimiento de Municipios Saludables y en 1997, se publicó el Plan Estratégico 1997-2000 de dicho movimiento, habiéndose acreditado hasta ese momento 12 municipios y estando en vías de hacerlo varios más.

Entre los ***logros principales*** de este período destacan: haber situado la promoción, la prevención y la educación sanitaria como prioridades y fortalecido el rol rector del MSP y BS en este campo; la existencia de Planes Nacionales de corto, mediano y largo plazo; la consolidación de grupos técnicos interinstitucionales de apoyo a esos Planes (con representantes del IPS, las Universidades y las Sociedades Científicas en ellos); haber contribuído a la disminución de los tabúes culturales y sociales en salud reproductiva y planificación familiar; el lanzamiento del movimiento de Municipios Saludables, y el inicio de campañas regulares de promoción y educación en los medios de comunicación.

Como ***estrategias principales*** para el futuro inmediato cabe destacar: aprovechar las oportunidades creadas por el proceso de Reforma Educativa en marcha para la introducción de la educación para la salud en la escuela [4]; seguir impulsando el trabajo de los grupos técnicos de apoyo a los Programas Nacionales y revisarlos periódicamente; mejorar la actual distribución de competencias y/o fortalecer el trabajo conjunto de las unidades implicadas en el MSP y BS; apoyar a los Consejos Nacional, Regionales y Locales de Salud para que concreten los Planes en su ámbito específico; implicar paulatinamente a los establecimientos y servicios de salud públicos y privados y, en particular a los del primer nivel da atención, en las acciones que se emprendan; fortalecer y extender el movimiento de Municipios Saludables, para mejorar el bienestar en el sentido holístico.

---

[3] Un somero análisis del organigrama del MSP y BS sugiere que otras unidades están también implicadas en este campo. Por ejemplo, la Dirección General de Planificación tiene una Dirección de Vigilancia Sanitaria; la Dirección General de Servicios de Salud tiene una Dirección de Salud del Indígena y existen, además, una Dirección General de Enfermería y Obstetricia y el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición.

[4] Durante la realización de este estudio se está elaborando un convenio entre el MSP y BS y el Ministerio de Educación.

4. ANALISIS INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

El derecho a la protección de la salud y el Sistema Nacional de Salud están recogidos en la Constitución de 1992, que establece los principios de coordinación, cooperación y complementariedad entre los subsectores público y privado.

La atención de salud a las personas es responsabilidad de dos subsectores: el público, formado por la red de establecimientos dependientes del MSP y BS, del Instituto de Previsión Social (IPS), de las Fuerzas Armadas y de la Policía, de las Universidades, de los Municipios y de dos empresas estatales descentralizadas; y el privado, constituido por los establecimientos sanitarios dependientes de las Universidades privadas, de instituciones privadas con y sin ánimo de lucro. Por su parte, la Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital financiado conjuntamente por una institución privada sin ánimo de lucro y por el MSP y BS.

El MSP y BS desarrolla acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Provee medicamentos genéricos en sus establecimientos o en dispensarios de la comunidad, con precios subvencionados para los que deben pagar. No brinda atención domiciliaria pero sí atención de urgencia y traslados en ambulancia.

El MSP y BS organiza la prestación de sus servicios a través de 18 Regiones Sanitarias (RS), una demarcación que desde 1994 se corresponde con los Departamentos. El MSP y BS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa hacia las Regiones Sanitarias, a los Consejos Regionales y Locales de Salud. Las Direcciones Regionales (DR) pueden ahora reclutar personal y redistribuir recursos entre los distintos programas; las Secretarías de Salud de las Gobernaciones Departamentales (cuyo titular es el Presidente del Consejo Regional de Salud) manejan recursos de menor magnitud no utilizados dentro de un plan.

El IPS brinda atención integral sin limitaciones para el titular pero no contempla la provisión de prótesis, ni pago por licencia por enfermedad para los familiares. Provee medicamentos a través de farmacias propias según listado oficial, autoriza la compra en farmacias privadas y produce algunos medicamentos. También compra servicios sanitarios a prestadores privados.

El *modelo de gestión* de ambos prestadores públicos no contempla contratos para asignar recursos entre niveles de atención, como tampoco retribución vinculada a rendimientos.

Los servicios privados son prestados por las Clínicas, Sanatorios, Consultorios, Laboratorios de Análisis y de Medios de Diagnóstico, Laboratorios de Producción de medicamentos, Hospital Universitario de Asunción y otros. El MSP y BS tiene poca información actualizada sobre las características de la oferta privada, con la excepción de los Bancos de Sangre y Hemoterapia y, en menor medida, de los Laboratorios de Análisis Clínicos.

En Paraguay el aseguramiento público cubre a sus beneficiarios directos y, por defecto, a quienes no son cubiertos por los seguros privados. En el caso del MSP y BS, las FF.AA. y la Policía, los gastos son financiados por el Presupuesto General de la Nación y con el pago de aranceles en algunos casos. Se estima que la cobertura real en este segmento de Población es en torno al 40%. En el caso del Sistema Previsional (el IPS y las otras siete Cajas previsionales autárquicas) la contribución se realiza vía cotizaciones. La cobertura efectiva de este subsistema se estima en torno al millón de personas (18-20% de la población total).

El aseguramiento privado está constituido por **28 empresas** de medicina prepagada, las cuales engloban unos 187.000 titulares. El costo de sus primas oscila entre unos U$s. 40 (los planes más sencillos) y unos U$s. 140 (los más complejos) al mes por afiliado titular. Además, la mayoría de los sanatorios privados ofrecen también planes de cobertura y mantienen los servicios a las empresas de prepago como actividad secundaria. Esos planes pueden ser cerrados (con servicios propios exclusivos), abiertos (en los que el asociado puede recurrir a médicos de libre elección) o mixtos, con distintas mezclas de ambos. Dado que no existe regulación, registro ni acreditación de los planes

de salud privados, ni se han realizado estudios de campo, se desconoce la magnitud y características del fenómeno de aseguramiento múltiple.

La regulación del sector salud es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mediante la aplicación de Código Sanitario (Decreto 836/88) que establece que las funciones básicas de salud pública y la regulación sanitaria corresponden a dicho Ministerio. La vigilancia sanitaria comprende la notificación obligatoria de las enfermedades transmisibles (en la práctica limitada a los servicios del MSP y BS y, en menor medida a los del IPS) y el control sanitario de puertos, aeropuertos y terminales terrestres.

La Ley 1.119, de 10 octubre de 1997, regula la fabricación, importación, registro, distribución, comercialización, uso, precios, publicidad, evaluación y otros aspectos relacionados con los medicamentos de uso humano, las drogas, los reactivos y otros productos de uso y aplicación en Medicina, incluidos los cosméticos. La Ley otorga a la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) del MSP y BS carácter de organismo ejecutor de sus preceptos, con autonomía administrativa y financiera. La DNVS se apoya técnicamente en el Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica (CEMIT). Por su parte, el Laboratorio Central autoriza y registra los laboratorios de análisis clínico públicos y privados a nivel nacional, pero no realiza acreditación ni evaluación continuada.

Desde 1996 existe el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) como organismo responsable a nivel nacional del control y protección sanitaria de los alimentos, y del control de las condiciones sanitarias de los establecimientos de producción, tema que ha adquirido gran relevancia tras la creación del MERCOSUR.

No hay regulación de las empresas de seguros médicos ni se ha establecido un sistema de evaluación para los prestadores públicos, y a pesar de que existen mecanismos institucionales y legales para ejercer la regulación y la vigilancia sanitaria estos deben fortalecerse técnica y financieramente, y descentralizarse, en forma coordinada, hacia los sistemas locales de salud.

En Paraguay tanto el MSP y BS como el IPS evalúan solamente sus propios programas, normalmente con procedimientos ad hoc. No hay, hasta el momento, acreditación de establecimientos y programas, auditorias médicas, protocolos de atención, evaluación de tecnologías sanitarias, ni encuestas periódicas sobre la opinión de los usuarios, asimismo no existen análisis de productividad y costos de los servicios de salud.

4.1. La Reforma del Sector

Desde 1994, el MSP y BS ha incorporado como **valores fundamentales de la Reforma del Sector (RSS):**

i) equidad, para orientar los recursos hacia los grupos con mayor vulnerabilidad;
ii) solidaridad, para que cada uno contribuya según sus recursos y reciba de acuerdo a sus necesidades sanitarias;
iii) atención integral, toda la población tiene derecho a acceder a los servicios de promoción, prevención recuperación y rehabilitación que el país defina;
iv) eficacia y eficiencia, elevando la productividad y mejorando la gestión;
v) calidad, con énfasis en la elaboración de estándares con humanización, y percepción de los usuarios;
vi) libre elección entre Planes de Salud y Prestadores;
vii) complementariedad pública-privada para aumentar la cobertura utilizando todos los recursos disponibles;
viii) descentralización; y
ix) participación y control social.

Tras complejo trámite parlamentario, en 1996, fue sancionada la Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. La Ley recoge los valores antes mencionados, asigna al MSP y BS una función rectora y crea el Consejo Nacional de Salud (CNS) como órgano máximo de concertación y coordinación sectorial, presidido por el Ministro

de Salud y del que forman parte todas las instituciones del sector. En la Ley, el CNS tiene un Comité Ejecutivo del cual dependen una Dirección Médica Nacional, la Superintendencia Nacional de Salud (Decreto n° 20553/98) y el Fondo Nacional de Salud, organismos en principio de implementación. Estudios preparatorios sobre la Superintendencia y Dirección Médica se han desarrollado recientemente. Asimismo, se está definiendo el nuevo rol del MSP y BS, y sus funciones estratégicas en el marco de la Ley del Sistema Nacional de Salud, como también los niveles de atención y los tipos de establecimientos de salud según su capacidad resolutiva.

En el MSP y BS se ha creado un programa para apoyar y controlar la gestión de las Regiones Sanitarias y se realizan reuniones trimestrales con los Directores Regionales y los Secretarios de Salud de las Gobernaciones. Por otra parte **se reglamentaron las funciones del Consejo Nacional de Salud y de los Consejos Regionales y Locales**; sin embargo, pocas veces se realiza un seguimiento de los acuerdos adoptados. Tampoco se han explicado mecanismos de *evaluación* de los resultados esperados con la Reforma del Sector, no obstante se ha elaborado una propuesta de indicadores básicos para tal fin. Asimismo, se está desarrollando un estudio de reingeniería y desarrollo informático del Instituto Nacional de Salud con el fin de adecuarlo para liderar el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos.

Con el objeto de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios el MSP y BS ha firmado convenios de cooperación con JICA, KFW, BID y Banco Mundial para proyectos de atención primaria y materno-infantil que se desarrollan en 15 Departamentos del país que concentran la mayor parte de su población, con un monto estimado de 130.000.000 U$s.

Durante 1997 la *participación comunitana* ha experimentado un fuerte impulso por medio del CNS, los Consejos Regionales (CR) y los Consejos Locales (CL). A la fecha están constituidos: el CN; de 18 CR: 15; de 264 CL: 114.

El análisis del *marco jurídico* identifica numerosas disposiciones, vacíos legales y carencia de una compilación adecuada que facilite su cumplimiento.

Uno de los elementos centrales tiene que ver con el diseño futuro del Sistema Previsional en su conjunto y, más en concreto, con las prestaciones sanitarias del IPS. Durante 1996-97 el BIRF y el BID fueron activos en esto, pero no se vislumbran cambios substanciales al menos hasta el inicio del nuevo gobierno 1998-2003.

5. ANALISIS DE LA PROVISION: OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

5.1. La oferta y demanda de servicios

Los ***problemas*** más relevantes de la estructura general de la oferta sanitaria en Paraguay son:

i) aproximadamente un tercio de la población carece de cobertura asistencial efectiva;

ii) existe un importante número de entidades públicas y privadas que ofrecen servicios asistenciales;

iii) la planificación de recursos y la coordinación de actividades entre ellas es bastante deficiente (p. ej., no hay uniformidad entre MSP y BS e IPS respecto a la regionalización de servicios ni a la catalogación de establecimientos por niveles asistenciales);

iv) existen datos dispersos sobre la oferta cuya transformación en información útil para la toma de decisiones es compleja y laboriosa, con notable déficit de información sobre la oferta privada;

v) resulta manifiesta la desigual distribución territorial de recursos y su concentración en el Departamento Central y, en particular, en la capital; y

vi) baja eficiencia de los servicios hospitalarios.

Dentro del subsector público, solo el MSP y BS oferta actividades de promoción y prevención, teniendo el resto de las instituciones públicas una orientación exclusivamente reparadora. Ello reduce la potencialidad del sector

público en su conjunto para mejorar el estado de salud.

No se dispone de un Catálogo de Hospitales públicos y privados, y no siendo obligatorio el informe de egreso, no es posible construir una base de datos de los egresos hospitalarios, ni con la productividad y costo de los servicios. Ambos instrumentos, además de facilitar la rectoría del MSP y BS, contribuirán a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

El análisis de los datos disponibles sobre la oferta de servicios hospitalarios muestra un notable déficit de información sobre el subsector privado, el 65% de los hospitales públicos cuentan con menos de 50 camas, la distribución territorial de las camas presenta importantes desigualdades que se acentúan si analizamos las camas de agudos, existiendo notable concentración en Asunción, mientras que en 11 Departamentos la oferta de estas camas por mil habitantes es inferior a 0,5; frente a un promedio nacional de 1,47 camas por mil habitantes.

En cuanto a algunos indicadores de producción, la información disponible se refiere solo a los establecimientos del MSP y BS. En 1995 el índice global de ocupación de camas fue 45% y el *promedio de días de estadía nacional* fue 4,9 con un rango entre 16 (Asunción) y 2,7 (Misiones), explicado por la complejidad y patologías crónicas, en el primer caso, y por la menor oferta y dificultad de acceso en el otro. El porcentaje de cesáreas fue de 18,8% (rango de 7% en Boquerón a 25% en Asunción).

Con los datos disponibles referidos a MSP y BS e IPS en atención hospitalaria, destacan:

i) el bajo índice de ocupación de las camas disponibles cuyas causas, aunque puedan estar relacionadas con el bajo índice de ocupación en los establecimientos de nivel 1, no se han podido determinar con la información existente; y,

ii) una estancia media relativamente prolongada en algunos hospitales, la capital (p. ej. en el Hospital de Clínicas). Ambos elementos sugieren la existencia de problemas de gestión hospitalaria que deberían ser objeto de estudios específicos.

Además, se observa un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes que facilite el acceso y el seguimiento posterior al alta, por niveles de complejidad. Es posible que parte de la mortalidad evitable en las zonas rurales y periurbanas del Gran Asunción sea debida a esto.

Los datos mencionados, unidos a la carencia de estudios de eficiencia relativa de los servicios, permiten sugerir las siguientes **estrategias**:

i) que MSP y BS e IPS evalúen conjuntamente la eficacia y eficiencia de los hospitales de nivel I (de muy bajo poder resolutivo y que probablemente solo se justificaron por criterios de accesibilidad) y la posibilidad de concentrar recursos en los niveles II y III;

ii) en el marco anterior, tomar en consideración la oferta privada;

iii) establecer un sistema de regionalización de los servicios especializados de agudos pues en la mayor parte de los Departamentos hay dos o más hospitales, generalmente uno del MSP y BS y otro del IPS;

iv) mejorar los medios de comunicación (sobre todo la radiotelefonía) y transportes;

v) mejorar la infraestructura física y los sistemas de mantenimiento (un estudio muy reciente[5] estimó que entre 28 y 45% de los equipos de los Centros de Salud, y 32 y 52% de los equipos de los hospitales regionales están o deberían estar fuera de servicio); y

---

[5] Galvan, P.: "Evaluación del estado de los equipos y sus respectivos programas de mantenimiento" en 11 Regiones Sanitarias de Paraguay. Informe Preliminar, OPS/OMS, MSP y BS, Instituto de Ciencias de la Salud.

vi) reponer la dotación (el mismo estudio estimó que en los Centros de Salud existía entre un 28 y un 35%, y en los hospitales regionales entre un 54 y un 58% del nivel de equipamiento deseable).

En respuesta a la situación descripta, el MSP y BS, además de los convenios con JICA, KFW, BID, BIRF, y el Proyecto Español para equipamiento de establecimientos, emprendió durante el periodo 1994-1996 un programa de inversiones para ampliación y rehabilitación de infraestructura que incluyó 5 Centros de Salud, 8 Hospitales Regionales, 4 Hospitales especializados, el Laboratorio Central de Anatomía Patológica, el Instituto de Medicina Tropical y el Centro de Prevención Cardiovascular, obras que en total superaron los 9 millones de dólares.

Tanto el crédito en ejecución del Banco Mundial de 32.000.000 U$s., como el pendiente de desembolsar por el Banco Interamericano de 46.600.000 U$s., tienen componentes específicamente dirigidos a la rehabilitación y el mantenimiento de la estructura física, y la dotación de equipo (incluidos vehículos y comunicaciones) en una serie de Departamentos seleccionados, orientados sobre todo a los hospitales regionales y a los centros de mediano nivel de complejidad. Otros organismos y agencias de cooperación trabajan ya, o han ofrecido hacerlo, en este campo.

Dado que importantes inversiones en obras, instalaciones y equipamientos en el sector salud comienzan a desarrollarse, y se seguirán desarrollando en el mediano plazo, es preciso que las ya decididas se coordinen adecuadamente y las nuevas se prioricen de acuerdo a criterios de costo-oportunidad[6]. Fortalecer el liderazgo y la capacidad rectora del MSP y BS en este proceso es crítico, así como orientar las inversiones no solo al equipamiento y obra, sino también hacia el desarrollo de instrumentos de gestión y fortalecimiento de los recursos humanos. Respecto a instrumentos de gestión se emprendió una investigación operativa AID/OPS para la incorporación de *"contratos de gestión"*.

Con relación a la **demanda, una reciente encuesta**[7] arroja interesantes datos sobre necesidad sentida y no expresada. De su lectura se deduce que:

i) existen problemas serios de accesibilidad geográfica y económica, principalmente en los hogares pobres de las zonas rurales, siendo por esta causa la demanda de servicios 25-50% inferior a la necesidad percibida;

ii) existe notable incidencia de automedicación - con sus riesgos para la salud y su ineficiencia económica - que debe ser puesta en relación con las dificultades de acceso a los servicios; y

iii) los establecimientos del MSP y BS tienen dificultades para captar a la totalidad de la población que tienen asignada, especialmente en algunos de los grupos de más riesgo (menores de 5 años, embarazadas, parturientas y puérperas), siendo necesario investigar (y corregir) las causas de este fenómeno[8].

De hecho, aunque en 1995 la cobertura de atención prenatal por personal entrenado se situó en torno al 69% (índice superior al de Bolivia - 53% - y muy inferior a los de Brasil - 86% - y Argentina - 96% -), la cobertura del parto por personal entrenado fue del 36%, la tercera más baja de la Región (tras Bolivia 28% y Guatemala 35%).

---

[6] En ocasiones, mejorar una vía de acceso, establecer un sistema público de transportes mejorar el suministro de agua potable o el saneamiento de aguas servidas, o garantizar la recogida y tratamiento de los desechos sólidos es más rentable en términos de salud que construir y/o mantener un establecimiento sanitario.

[7] Bitran, R.,: Ubilla, G.; Navarrete, M.; Escobar, M. L.: *"Paraguay: Estudio domiciliario sobre la percepción y consumo de servicios de salud. Resumen Ejecutivo"*, MSP y BS y BID, 29 jul. 1996.

[8] Además de problemas de accesibilidad geográfica y económica pueden darse otros debidos a disponibilidad horaria, mala percepción del servicio por el usuario y a barreras culturales y/o lingüísticas, entre otras causas.

5.2. Calidad

Aunque no existen mecanismos de evaluación periódica, se dispone de algunos estudios referidos a instituciones y programas de salud materno infantil dependientes del MSP y BS efectuados entre 1993 y 1995.

El análisis de los mismos muestra que un porcentaje importante de los establecimientos evaluados presentaban condiciones insatisfactorias para el desarrollo de estas actividades. Las razones, por orden de frecuencia, fueron:

i) déficit de gestión;

ii) falta de capacitación;

iii) escasa comunicación con el usuario; y

iv) existencia de trato inadecuado y de esperas excesivas.

No hay estudios nacionales acerca de la *población rural* a más de 1 hora, ni de la *población urbana* a más de 30 minutos de un centro de atención de salud, pero no es raro que algunas de esas poblaciones empleen más de dos horas en acceder a un servicio de salud primario. Tampoco hay registros centralizados de listas de espera. Asimismo, se carece de centros de salud y hospitales con programas de *calidad, humanización y servicios de atención al paciente.*

En conclusión, todo parece indicar que en Paraguay existen grandes oportunidades de conseguir mejoras de la calidad y efectividad (y, en consecuencia, de la eficiencia) del sistema de atención por la vía de ordenar, racionalizar y coordinar la oferta de los servicios sanitarios públicos y privados existentes.

En condiciones como las paraguayas, las políticas de introducción de incentivos a la demanda[9] deben ser examinadas con sumo cuidado pues tienen el riesgo de promover mayor consumo de servicios y mayor gasto de aquellos que ya acceden a los servicios (lo que iría contra la equidad) sin que, adicionalmente, logren gararitizar la efectividad de los servicios recibidos más que por una pequeña minoría.

5.3. Los recursos humanos

Un análisis completo de los recursos humanos debería incluir, al menos, los aspectos de formación (pregrado, postgrado y formación continuada), distribución (geográfica y funcional), y modalidades de vinculación con y de gestión por los empleadores de los distintos tipos de profesionales sanitarios (p. ej., médicos, odontólogos, farmacéuticos, personal de enfermería, técnicos y auxiliares, personal de administración y personal de oficios).

Según los datos obtenidos durante este estudio[10], Paraguay contaba en 1996 con 4,9 médicos por 10.000 hab. (índice superior al de Bolivia - 3,4 - e inferior a los de Brasil - 13,1 - y Argentina - 26,8 - que era el segundo más alto de la región); 0,7 odontólogos por 10.000 hab. (índice superior al de Bolivia - 0,4 - pero muy inferior a los de Argentina - 6,6 - y Brasil - 8,8; que son los dos más altos de la región) y, 1,2 enfermeras tituladas por 10.000 hab. (índice claramente inferior a los de Bolivia - 1,7 -, Brasil - 4,2 -, y Argentina - 5,4 -).

Las principales instituciones formadoras de pregrado para el personal sanitario titulado superior y medio son las Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades Nacional (pública) y Católica (privada). Recientemente, otras universidades privadas han iniciado la formación de algunas profesiones sanitarias y está en proceso de forma-

---

[9] Durante la realización del estudio se informó que, desde principios del año 1997, la administración central ofrece a los funcionarios, un subsidio de 75.000 Gs. con el que pueden comprar pólizas de aseguramiento sanitario privado.

[10] La razón por la que estos datos no coinciden con los de otras fuentes oficiales debería ser investigada. Ver PAHO/WHO: *"Health Situation in the Américas: Basic Indicators 1997"*, HSD-HSA, Washington DC, 1997.

ción otra facultad de medicina en la ciudad de Encarnación.

En 1996 la producción total de médicos fue de 170. Los datos sobre la producción y distribución de técnicos y auxiliares de salud son aún incompletos. El Instituto Nacional de Salud (INS), entidad dependiente del MSP y BS encargada de formarlos, produjo en 1996: 159 técnicos y 991 auxiliares de salud. El INS desarrolla además dos cursos de postgrado: en Salud Pública y en Administración Hospitalaria.

Respecto a la formación de especialistas médicos, Paraguay solo tiene acreditada la formación de pediatras, ginecobstetras y especialistas en Salud Pública, estando las demas en proceso. No existen programas regulados de formación continuada de alcance nacional.

El último censo detallado sobre la situación de los recursos humanos en salud para el total del país, fue realizado en 1985 por el MSP y BS. Dicho censo reveló que:

i) el 61 % de los médicos tenían dos o más puestos de trabajo; y

ii) había fuerte predominio de los titulados superiores con escasez de técnicos y auxiliares, sobre todo en áreas como radiología, anestesia y laboratorio. No hay evidencia que haga suponer que la situación haya cambiado substancialmente[11] .

La información disponible sobre la distribución geográfica y funcional de los profesionales señala problemas derivados de:

i) fuerte concentración de los médicos y odontólogos en el área de Asunción y el Departamento Central, **ambas que acumulan el 34% de la población cuentan con el 74% de los cargos médicos y 65% de los de odontólogos del MSP y BS e IPS sumados;**

ii) fuerte déficit de médicos en los servicios del MSP y BS en 5 de las 18 Regiones Sanitarias;

iii) dedicación mayoritaria de los odontólogos a la práctica privada, aunque los prestadores públicos contratan también un número relevante;

iv) desconocimiento de los criterios aplicados en la distribución del personal titulado superior y medio entre los distintos hospitales públicos; y

v) desconocimiento de los recursos empleados por el sector privado.

Aunque el artículo 10 de la Ley 1032 que crea el SNS demuestra gran preocupación por adecuar el desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria del Paraguay, se observan graves lagunas de conocimiento, ausencia de planificación estratégica y escasa articulación entre formadores y empleadores. Se ha comenzado a trabajar para que el **Instituto Nacional de la Salud** se fortalezca y reestructure de modo que pueda llenar ese vacío.

Recientemente, la Presidencia de la República, a través de la Dirección General de Personal Público ha iniciado un proyecto sobre Recursos Humanos que incluye la organización de la carrera sanitaria.

6. GASTO Y FINANCIAMIENTO

Las fuentes de financiamiento del sector salud son mixtas. En el subsector público provienen del Presupuesto General de la Nación, de las cotizaciones de empleados y empleadores y de copagos (denominados "aranceles"). Los

[11] OPS/OMS: "Condiciones de Salud en las Américas 1998. Capítulo Paraguay" (borrador), Asunción, jul. 1997.

aranceles no están actualizados y los ingresos de los establecimientos por este concepto se transfieren directa e íntegramente al Ministerio de Hacienda.

No hay una entidad separada que se ocupe de la función de financiamiento. En el MSP y BS hay una Dirección General de Administración y Finanzas de la que dependen una Dirección de Presupuesto, una Dirección Financiera y una Dirección de Contabilidad. La información disponible es solo la incluida en el Presupuesto General de la Nación y su expresión en el Presupuesto del MSP y BS, el cual se elabora predominante en base histórica. En referencia al IPS no se dispone de información desagregada sobre su gasto en salud.

En el sector privado el financiamiento de las empresas de medicina de prepago está dado por las primas contratadas por los asegurados en función de los diferentes planes. Además, los establecimientos privados cobran por servicio a los usuarios no cubiertos por un seguro público o privado.

No se conocen series temporales, ni estudios periódicos con metodología equiparable sobre gasto en salud desagregado por instituciones, capítulos (personal, compra de bienes y servicios, amortizaciones, inversiones, etc.) o funciones de gasto (atención primaria, atención hospitalaria, medicamentos y otros gastos). La Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos elabora Encuestas de Hogares que no proporcionan información sobre gasto sanitario.

6.1. Gasto

Tradicionalmente han existido dificultades metodológicas para estimar el gasto en salud en Paraguay por la ausencia de una información consolidada sobre el gasto público en salud, y de información consistente sobre la magnitud, composición y tendencias del gasto privado, sobre el que las distintas fuentes difieren ampliamente.

Durante el presente estudio se ha estimado que el gasto nacional agregado en salud en 1996 fue de 1.475.678 millones Gs. (equivalentes a U$s. 737,8 millones), lo que representa el 7,4 % del PIB. El gasto per cápita anual fue de 290.031 Gs. (equivalentes a U$s. 145, casi triple que el de Bolivia y muy inferior al de Brasil y Argentina). Estas cifras son muy superiores a las últimas documentadas (5,5 a 6% del PIB y U$s. 95 por habitantes en 1994) no solo por el incremento del gasto público en los últimos dos años sino, sobre todo, por una estimación más ajustada, y, un más que probable incremento del gasto sanitario privado. Las estimaciones del gasto privado fueron realizadas a partir de datos suministrados por la CIMAP, y de muestreos realizados a partir de los registros del MSP y BS de establecimientos privados (balances parciales), de profesionales (ingresos privados), y de farmacias (ingresos por compra de medicamentos). Los valores obtenidos se encuentran por encima de los suministrados en el Informe de Cuentas Nacionales del Banco Central.

En Paraguay el gasto sanitario privado tiene gran peso: significa un 65% del gasto total y un 4,8% del PIB, próximo a Brasil con 63% y mayor que en Argentina 41%, Chile 42% y Uruguay 48%[12]. El gasto público significa un 35% y un 2,59% del PIB. A él contribuyen, un 22% (1,63% del PIB) del MSP y BS y un 13% (0,96% del PIB) del IPS, la proporción del gasto público es próxima a la de Brasil 37% pero menor que la de Argentina 59%, Chile 58% y Uruguay 52%[13] . En términos per cápita, el gasto público asciende a U$s. 32 (sin IPS) y a U$s. 51 (con IPS).

Entre 1992 y 1996, tanto el gasto público como el gasto del MSP y BS crecieron, en este último caso pasó de 2,2% a 2,6% del PIB.

---

[12] OPS. Las condiciones de salud en las Américas. 1994, VI. Publicación Científica 549.

[13] OPS. Las condiciones de salud en las Américas. 1994, VI. Publicación Científica 549.

Por otro lado, en valores ejecutados el Presupuesto del MSP y BS siempre ha representado un porcentaje bajo del Presupuesto General de la Nación: 2,2% en 1992 y 2,6% en 1996, habiendo crecido un 0,2% en ese período.

Desde un punto de vista funcional, se estima que casi un 80% del gasto corriente del MSP y BS se dedica al pago de salarios, con oscilaciones que van del 85% en el nivel primario (debido al bajo costo en medicamentos, material sanitario y otros insumos básicos necesarios para las prestaciones en dicho nivel) al 68% en alguno de los hospitales de nivel III. Desde el punto de vista programático, el nivel primario de atención consume el porcentaje más relevante del gasto corriente del MSP y BS. La Dirección General de Bienestar Social representa el 1,8% del total del presupuesto del MSP y BS[14].

Por su parte, el gasto sanitario del IPS viene representando un 39% del total del presupuesto de gastos general de la Institución sin que, durante los últimos tres años, se hayan observado variaciones significativas de dicho porcentaje. No ha sido posible obtener información desagregada del gasto sanitario del IPS.

6.2. Financiamiento

La atención de salud es financiada con recursos provenientes de seis fuentes: impuestos cobrados por los gobiernos central y municipales, cotizaciones aportadas por trabajadores y patronos al sistema previsional, primas pagadas a las aseguradoras privadas, pagos directos de los usuarios a los prestadores públicos y privados, créditos externos y donaciones.

El MSP y BS financia sus actividades con recursos provenientes del Tesoro Público, Royalties, fondos especiales, cobro de aranceles y otros. De 1993 a 1996 ha ido disminuyendo el peso proporcional de las dos primeras fuentes y creciendo el de las otras tres, así los aportes del Tesoro pasaron de 66,6% en 1993 a 56,01% en 1996, mientras los recursos provenientes de aranceles pasaron del 3,11% en 1993 a 5,94% en 1996.

Todos los establecimientos tienen aranceles establecidos, mayores cuanto mayor es su nivel de complejidad. Antes de la Ley 1032/96 los aranceles eran fijados por la Región Sanitaria; actualmente los establecen los Consejos Locales de Salud y se aprueban por Resolución Ministerial. El Asistente Social del centro puede proponer al director exoneraciones y las hay de oficio (para los excombatientes de la Guerra del Chaco). Los recursos generados por el cobro de aranceles son depositados en 48 hs. en una cuenta especial habilitada por el Ministerio de Hacienda, quien reintegra a los establecimientos una cantidad fija presupuestada, en tiempo y forma poco oportunos.

La ley 1032 de 1996 crea un Fondo Nacional de Salud[15] cuya función es la distribución de los recursos públicos con criterios de equidad y solidaridad.

Los ***principales problemas*** detectados en materia de gasto y financiamiento son:

i) insuficiencia de recursos públicos;

ii) ineficiencia en el uso de los recursos (p. ej. sigue predominando la presupuestación histórica y basada en el pago por estancia tanto en los hospitales públicos como privados, no existen análisis de productividad y costos, y abunda el pago por acto médico en el sector privado);

iii) ausencia de mecanismos de regulación que fomenten la claridad, la cooperación y, en su caso, la competencia entre proveedores;

---

[14] The World Bank: "Paraguay: Maternal Health and Child Development Project. Staff Appraisal Report", Aug. 13, 1996.

[15] Si se decide crear habrá que considerar qué Ministerio lo tutela. Mucho de lo analizado en este documento y alguna experiencia intencional cercana sugieren que la mejor ubicación del Fondo sería el MSP y BS.

iv) debilidad de las políticas de fomento de la equidad vertical (para evitar que la población de mayores ingresos reciba más y mejor atención que la de menores ingresos) y geográfica;

v) inexistencia de políticas de fomento de la equidad horizontal (para evitar que dentro del sector público sean los mejor informados y mejor relacionados quienes más obtengan); y

vi) inexistencia de incentivos monetarios que orienten el comportamiento de los agentes públicos y privados en el sentido de la eficiencia.

Las ***estrategias*** sugeridas para el área de financiamiento son:

i) incrementar los recursos públicos mediante la negociación con los ministerios económicos[16] (lo que exigiría aumentar los niveles de eficiencia y responsabilidad para que este flujo se mantenga estable) y el establecimiento de sistemas de aranceles y copagos equitativos, eficaces y con bajos costes de administración;

ii) fomentar la eficiencia en la asignación y manejo de los recursos públicos (priorizando los programas de salud pública y los medicamentos esenciales, fortaleciendo el nivel primario de atención, estableciendo un sistema competitivo de compra pública de insumos, desarrollando una adecuada política de personal, estableciendo compromisos de gestión y evaluando programas, tecnologías y medicamentos);

iii) fomentando la transparencia y eficiencia del sector privado (fortaleciendo la vigilancia sanitaria de productos y establecimientos sanitarios, estableciendo un sistema de difusión de información sobre precios y servicios, regulando las condiciones sanitarias del aseguramiento privado[17], y fomentando la introducción de medicamentos genéricos, entre otros);

iv) reduciendo el predominio del pago por acto médico en el sector privado (sustituyéndolo por fórmulas donde primen elementos de capitación) e introduciendo presupuestos prospectivos y basados en medidas de actividad en los hospitales;

v) pactando la introducción paulatina de incentivos monetarios y no monetarios que vinculen retribución con actividad;

vi) fomentando la equidad mediante el establecimiento de criterios de necesidad objetivada con indicadores conocidos para la distribución del presupuesto del MSP y BS por Distritos, impulsando la acción intersectorial, estableciendo un conjunto básico de prestaciones garantizadas para la población sin acceso regular a los servicios y definiendo una estrategia conocida de admisión y gestión de listas de espera en los hospitales públicos; y

vii) implementar el Decreto 19.966 a fin de lograr movilización de recursos locales a través de los compromisos de gestión.

---

[16] En un futuro pueden presentarse problemas de insuficiencia de los ingresos provenientes de los impuestos y las cuotas. En el primer caso debido a las restricciones macroeconómicas y por la inexistencia del impuesto personal. En el segundo porque el carácter de impuesto sobre el trabajo de las cuotas se irá haciendo cada vez más aparente en un país con alta tasa de empleo informal. El escenario puede ser otro si el país entra en una senda de crecimiento suficiente y sostenido y el sistema tributario se modifica en un sentido más progresivo.

[17] Funciones que pueden ser desarrolladas desde una unidad orgánica del MSP y BS o desde un organismos autónomo tipo Superintendencia, dependiente del Ministerio o del CNS.

7. COOPERACION INTERNACIONAL

Numerosos organismos internacionales (OPS/OMS, PNUD, FNUAP, UNICEF, AID) y países como Japón, España, Estados Unidos y Alemania, entre otros cooperan en programas de salud específicos, siendo también importante el papel de las ONG's. Desde 1996 y por vez primera, Paraguay cuenta con dos importantes créditos sectoriales del Banco Mundial (BM) para atención materno-infantil[18], y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para modernización sectorial y atención primaria[19], este último aún no desembolsado.

Para el período 1992-96, el 70% del monto total de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) corresponde a créditos que deben ser reembolsados al BM, BID, KFW y crédito español[20].

Corresponde a donaciones el 30% restante y no son reembolsables. Adicionalmente, un 69% de las acciones de cooperación corresponden a Organizaciones o Agencias Multilaterales y 31% a cooperación bilateral. En la actualidad, el 90% de la AOD está en ejecución y se sigue observando una tendencia creciente del crédito sobre la cooperación no reembolsable.

El MSP y BS ha tratado de dirigir la cooperación hacia el proceso de reforma sectorial, el control de riesgos para la salud y la solución de los problemas más relevantes (abastecimiento de agua potable y saneamiento en zonas rurales, atención materno infantil, alimentación y nutrición, control de diarreas, inmunizaciones, control de la lepra, prevención de la ceguera, investigación sobre detección de la enfermedad de Chagas, lucha contra el SIDA, y fortalecimiento institucional con la Cooperación de la OPS/OMS y las poblaciones más vulnerables. Así, los créditos de los Bancos y los proyectos de la JICA y KWF, con fuerte énfasis en mejora de la infraestructura y en atención materno infantil, se han distribuido entre 15 Departamentos donde habita casi el 90% de la población del país.

No obstante, se detectan los siguientes ***problemas*** en:

i) la información sobre cooperación (no está normatizada y se carece de buena parte de la referida a las ONG's);

ii) la coordinación de las iniciativas (tanto dentro de la administración central - entre el MSP y BS y la Secre-

---

[18] Contempla U$s. 21,8 millones a 5 años, más U$s. 9.400.000 de aporte local, para:
i) rehabilitación y mantenimiento de infraestructura y adquisición de equipos (U$s. 17,4 mill);
ii) suministro de medicamentos y productos farmacéuticos (U$s. 7.6 mil.);
iii) contratación de servicios de consultoría para la educación en la salud y participación comunitaria (U$s. 4,7 mil.);
iv) formación de personal de enfermería, parteras y auxiliares (U$S 1.1 mill.); y
v) facilidad para preparación del proyecto (U$s. 0.4 mill.).

[19] Contempla U$s. 39,0 millones a 5 años, más U$s. 7,6 de aporte local, para:
i) modernización de la estructura organizacional del sector (U$s. 4 mill.) que incluye: fortalecimiento de la autonomía regional (U$s. 0,78 mill.). Iniciativa *"El profesional excelente"* (U$s. 2,7 mill.), y mejoramiento de las estadísticas vitales (U$s. 0,56 mill.);
ii) mejoramiento de la atención (U$s. 37,75 mill.) que incluye: desarrollo de recursos humanos (U$s. 2,0 mill.), mejoramiento del sistema de adquisición y provisión de insumos (U$s. 10,6 mill.), rehabilitación de infraestructura y equipamiento (U$s. 23,45 mill.), e información educación y comunicación (U$s. 1,74 mill.);
iii) admin., superv., y eval.,(U$s. 4,45 mill.); y
iv) facilidad para preparación proyecto (U$s. 0,4 mill.)

[20] Contempla U$s. 32 mil. para adquisición de equipamiento de hospitales de nivel II, establecimientos de la capital y puestos de salud rurales.

taria Técnica de Planificación (STP); como entre el nivel central del MSP y BS y los Gobiernos Departamentales y Locales);

iii) la implementación de las acciones (por desconocimiento entre actores trabajando en el mismo terreno y/o, a veces, por el proceso de descentralización en curso); y

iv) la evaluación (hay escasez de recursos humanos cualificados y, en ocasiones, es más una evaluación formal que de procesos y resultados).

Como ***estrategias*** sugeridas figuran:

i) crear un sistema de información en la Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional del MSP y BS conectado con la red de la STP;

ii) realizar un inventario de las distintas dependencias públicas y ONG's que manejan fondos y/o desarrollan programas de cooperación en salud;

iii) establecer un plan de cooperación a mediano plazo con participación de los actores involucrados que responda a la política nacional de salud y al proceso de reforma sanitaria;

iv) capacitar los recursos humanos, que a nivel central, regional y distrital, negocian y/o gerencian programas de cooperación; y

v) consolidar la autoridad y la capacidad técnica de la Oficina de Proyectos de Cooperación Intencional del MSP y BS para establecer metodología y realizar evaluaciones de los proyectos de cooperación internacional en este campo.

8. PROPUESTAS DE LINEAS DE ACCION

El análisis sectorial constituye más que un diagnóstico situacional, pues conjuga el componente retrospectivo con el prospectivo, es decir incluye la construcción de escenarios de futuro, y/o la formulación de recomendaciones de políticas y estrategias para la acción.

En este trabajo, para presentar las recomendaciones, se han seleccionado los conceptos claves, o principios rectores del proceso de reforma, se agrupan los problemas detectados en función de dichos principios y se recomiendan estrategias asociadas a cada objetivo.

Con relación a la equidad

i) Evaluar y dar continuidad al Plan Estratégico de Desarrollo Social, dando énfasis en los componentes sobre medio ambiente, derechos humanos y género entre otros;

ii) Focalizar las políticas públicas hacia los grupos más carenciados;

iii) Optimizar e implementar acciones de asignación y redistribución de los recursos; y

iv) Mejorar la articulación de los diferentes sectores del Estado y obtener financiamiento para que el desarrollo humano sea un proceso continuo y sustentable.

Con relación a la efectividad y calidad

i) Fortalecer el rol normativo, de regulación y control del MSP y BS;

ii) Desarrollar las Direcciones Ejecutivas dispuestas por el Decreto Ley 1032/96;

iii) Incorporar normas de atención, monitoreo y evaluación en los niveles operativos, gerenciales y administrativos;

iv) Mejorar la articulación a nivel nacional entre las unidades formadoras de pre y postgrado con las instituciones prestadoras;

v) Capacitar al personal de salud en el uso de los medicamentos en especial de los genéricos; y

vi) Apoyar la participación y organización de la comunidad.

Con relación a la eficiencia

i) Implementar sistemas de referencia y contrarreferencia para el acceso primario básico tal como lo dispone el SNS;

ii) Evaluar la eficiencia de los servicios de salud del sector según niveles de complejidad;

iii) Evaluar las propuestas de proyectos de inversión y poner en marcha aquellos que respondan a la política sanitaria;

iv) Desarrollar un sistema de información a nivel nacional, que mediante la investigación operativa permita el diseño, evaluación y monitoreo de políticas y estrategias sectoriales;

v) Desarrollar sistemas administrativos eficientes con análisis sistemático de costo/efectividad;

vi) Desarrollar una política de RR.HH. que oriente a la optimización de los recursos y conduzca la reforma, y

vii) Crear mecanismos regulatorios, para el subsector privado, público y mixto que garanticen transparencia y eficiencia en la gestión.

Con relación a la sostenibilidad

i) Mantener la racionalidad del gasto en asistencia sanitaria y salud ante los Ministerios del área económica;

ii) Mejorar la eficiencia de los programas de cooperación internacional; y

iii) Generar un sistema de aranceles para el sector según niveles de complejidad.

Con relación a la participación

i) Fortalecer los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local; y

ii) Promover la coordinación intra e intersectorial.

Con relación a la cooperación intemacional

i) Disponer un sistema de información actualizado de toda la cooperación del sector; y

ii) Crear un sistema de evaluación y monitoreo de la cooperación internacional.

ANALISIS DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY

1. CONTEXTO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL

1.1 CONTEXTO POLITICO

Paraguay es un país independiente, unitario, mediterráneo, situado en el corazón de América del Sur, limítrofe con la Argentina, Bolivia y Brasil.

El Estado se organiza sobre la base de un poder Ejecutivo dirigido por el Presidente de la República, elegido en comicios directos para un periodo de cinco años; un Poder Legislativo o Congreso Nacional compuesto por una Cámara de 45 Senadores y otra Cámara de 80 Diputados; y un Poder Judicial, formado por la Corte Suprema y los tribunales establecidos por la Ley.

Hasta 1989, el Paraguay estuvo sometido a un sistema de gobierno autocrático, paternalista, con aparición de grupos privilegiados, prebendarios, libertades reprimidas y extrema centralización política.

El 3 de febrero de 1989, a raíz de una revuelta armada contra la tiranía imperante, se pasó bruscamente de un régimen autoritario hacia una incipiente pero necesaria democracia.

En 1991 se celebraron las primeras elecciones municipales directas de la historia del país, y el 20 de junio de 1992 se sancionó una nueva Constitución que consagra un Estado Democrático y Social de Derecho con participación pluralista y con tendencia a la descentralización política y administrativa. Desde entonces se han celebrado elecciones presidenciales, legislativas y de gobernadores, y rigen una efectiva separación de poderes y libertad de prensa.

El Paraguay vive una democracia incipiente donde no toda la incertidumbre política ha sido despejada. Algunas derivan de la pervivencia de hábitos y comportamientos políticos del pasado. Otras, de una situación económica y social compleja donde llaman la atención las migraciones hacia la capital, el problema de la pobreza, o la aparición de fenómenos como el de los *"niños de la calle"*[1].

En el terreno político, la reestructuración del Estado en cuanto al mejoramiento de los servicios ha sido lenta y de limitado alcance. No obstante, en lo que a la racionalización administrativa se refiere se han realizado avances, tales como la implementación de programas de racionalización de los recursos humanos y de adquisición de bienes, así como un nuevo clasificador presupuestario y el sistema integrado de contabilidad nacional.

La conformación de una Corte Suprema de Justicia, tras la entrada en vigencia de la Ley del Consejo de la Magistratura, representa un importante impulso al respeto y vigencia plena de los derechos de los ciudadanos, promoviéndose un Poder Judicial autónomo e independiente.

A pesar de ser denunciada y perseguida en la actualidad, la corrupción no ha desaparecido.

---

[1] Paraguay. Plan Estratégico de Desarrollo Social: Una Convocatoria a la Sociedad Paraguaya. Asunción. Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social, 1996.

Por otra parte, se viene llevando a cabo el Proyecto Fortalecimiento de las Instituciones Democráticas con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. Este programa tiene como objetivo el fortalecimiento de las relaciones entre los tres Poderes del Estado a fin de coordinar acciones en el país. Para ello se cuenta con dos subprogramas: I) fortalecimiento del Congreso y, II) el establecimiento de una agenda prioritaria. En este proyecto, además, se busca establecer una unidad de enlace entre el Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Con la finalidad de fomentar la participación se han creado los Consejos de Desarrollo Departamental y, desde 1995, se ha impulsado una profunda reforma educativa.

Los cambios políticos conllevaron cambios económicos. Aunque persisten algunos problemas estructurales (por ejemplo, la evasión fiscal y la fragilidad del sistema financiero) de 1992 a 1996 se controló la inflación, se unificaron los tipos de cambio, se redujeron el déficit público y la deuda externa, se liberalizaron los tipos de interés y creció el PIB per cápita.

Con la finalidad de establecer las bases para alcanzar tasas de crecimiento sostenido compatibles con el crecimiento demográfico y con la necesidad de ofrecer condiciones de vida más adecuadas a la población se firmó un contrato de préstamo, en diciembre de 1992, entre la República del Paraguay y el BID[2]. Para cumplir con los objetivos trazados el Programa Sectorial de Inversiones cuenta los siguientes subprogramas[3]: marco regulatorio de inversiones, reforma comercial, privatización de empresas públicas, reforma fiscal, reforma del sistema financiero, desarrollo del mercado de capitales y reforma de la Seguridad Social.

Entre los países en desarrollo, Paraguay ocupa posición 85 en la clasificación de países según el Indice de Desarrollo Humano. En Paraguay, solo recientemente, el problema de la pobreza se ha reconocido como problema político. Un estudio del Banco Mundial muestra que el 17% de la población está bajo de la línea de pobreza y en las áreas rurales hasta el 51%[4]. Para responder a este desafío se creó, en 1994, la Secretaría de Acción Social, y, en 1996, se formuló el Plan Estratégico de Desarrollo Social[5].

En el terreno internacional el Paraguay es miembro de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de Comercio, del Mercado Común del Sur, de la Asociación Latino Americana de Integración, y de la Asociación de Libre Comercio de las Américas, suscribiendo acuerdos de las diversas cumbres mundiales.

Por lo que al Sector Salud se refiere, se ha aprobado la Ley N° 1032/1996, del Sistema Nacional de Salud, con ***"el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo establecer conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorporar a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabi-litación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades, dentro del territorio de la República"***[6].

La Ley establece el Consejo Nacional de Salud, y los Consejos Regionales y Locales de Salud, que disponen de

---

Ley 281/93. Contrato de Préstamo entre la República del Paraguay y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Matriz de Políticas. Programa Sectorial de Inversiones.

Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, República del Paraguay, Infomme Nacional, Asunción Presidencia de la República,1995.

PNUD. Desarrollo Humano 1996; Versión resumida del Infomme Mundial: Tekové Ñemoakarapu'a Oñembokatu Hagua,1996 Pe. Kuatiahai Poravopyre Arapype Guará Marandú Omombeua.

Ley N° 1032/96, que crea el Sistema Nacional de Salud, p.15-22; Salud Compromiso de Todos.

una Mesa Directiva y Comité Ejecutivo para su funcionamiento. Se puede decir que en salud se ha iniciado efectivamente la descentralización. Prueba de ello es el movimiento de "Municipios Saludables", cuyos grupos conductores están organizados, en unos casos, con participación de la Secretaría de Salud y de los Consejos Departamentales y Distritales, y en otros con los Intendentes y su Junta Municipal.

El 17 de febrero de 1998 se promulga el Decreto Ley N° 19.966 ***"Por el cual se reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud, como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud"***, el que da protagonismo a los municipios y a los consejos locales de salud para administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de los planes locales de salud y como expresión sustantiva de la descentralización.

La división geopolítica presenta 17 departamentos, 221 distritos. Sus autoridades son: el gobernador a nivel departamental y su junta departamental. En los municipios, el intendente y su junta municipal, todos ellos electos por elecciones directas y con un distinto calendario electoral.

1.2. CONTEXTO ECONOMICO

El modelo económico de los años setenta y ochenta, basado en la expansión de la frontera agrícola, principalmente hacia el este, y en las grandes inversiones en obras hidroeléctricas, que impulsaron al sector de la construcción, iniciaron un periodo de decadencia desde principios de los 80 que se fue agravando hasta el cambio institucional registrado en 1989.

En el sector real, existió una excesiva dependencia de la estructura económica de solo dos rubros: soja y algodón, el estancamiento del sector industrial y de las construcciones, y un nocivo auge del comercio informal con los países limítrofes.

En el sector público, se detectó la actuación del Estado en ámbitos que correspondían al sector privado, principalmente a través de empresas públicas; el deterioro de las recaudaciones causado por un sistema tributario obsoleto y poco estructurado, resultando en déficits fiscales, la caída del gasto social y las inversiones, el incremento de los gastos corrientes, y la acumulación de importantes atrasos en la deuda externa. Como consecuencia de ello se fue deteriorando las condiciones sociales del país, principalmente en áreas como salud, educación y vivienda.

En el sector externo, los efectos de la prolongada vigencia del modelo de crecimiento basado en la exportación de materias primas, provocaron un deterioro en la balanza de pagos, y un rápido crecimiento del comercio informal y de las operaciones no registradas.

Por último, el sector monetario y financiero era ineficiente, oligopólico y poco transparente, en el que las tasas negativas de interés no incentivaban el ahorro, perjudicando las inversiones por la escasez y el elevado costo del dinero, además de dificultar el adecuado control de la inflación.

1.2.1. Reformas implementadas a partir de 1989

La decisión de poner en vigencia una economía regida por las reglas del mercado implicó la introducción de un régimen de tipo de cambio libre, la liberalización de las tasas de interés, la apertura comercial externa y la integración a la economía internacional. Paralelamente, se adoptaron mecanismos de salvaguardia y de compensación para los sectores sociales más afectados por las medidas de ajuste económico.

En el sector fiscal se implementaron las primeras reformas significativas en materia tributaria y arancelaria, a través de un nuevo marco legal que permitió apoyar el esfuerzo de estabilización, y se inició la regularización de la

deuda externa. También se aplicaron medidas en el sector externo, cuyo principal objetivo fue la apertura del comercio exterior, mediante la desgravación de las exportaciones y las importaciones, la firma del Tratado de Asunción que establece el MERCOSUR, y las negociaciones para la incorporación al GATT/OMC, lo que permitió la paulatina reinserción del país en la economía internacional.

En el aspecto financiero se realizaron y realizan esfuerzos para garantizar el normal funcionamiento de los mecanismos del mercado: se liberalizaron las tasas de interés, se redujo el encaje legal, se eliminaron los redescuentos y se pusieron en práctica las Letras de Regulación Monetaria.

1.2.2. Evolución Económica Período 1990-1996

En cuanto al Sector Real[7], el Producto Interno Bruto ha tenido un crecimiento promedio en el período 1990-96 de aproximadamente 3 %. No obstante, el crecimiento del producto ha evolucionado cíclicamente durante ese periodo, sin mostrar una tendencia determinada, evento lógico en una economía como la paraguaya tan sensible a cambios en la demanda regional, así como a choques de oferta y de términos de intercambio. En este sentido, el crecimiento de 4,7% alcanzado en 1995 fue el más alto del periodo mencionado.

En Paraguay la Población Económicamente Activa[8] (PEA) está constituida por todas las personas de 10 años en adelante, que, en el período de referencia adoptado, trabajan o buscan trabajo activamente.

La PEA ha venido creciendo a una tasa de 3,2% aproximadamente, la cual concuerda con la tasa de crecimiento de la población total. La tendencia nos hace suponer que en los siguientes años la población económicamente activa irá aumentando en proporciones mayores, teniendo en cuenta que la población joven del país supera al 50 % de la población total.

La tasa de desocupación[9] se ha mantenido en promedio en el orden de 5,4%, alcanzando un nivel de 8,2% en el año 1996. Esta mayor tasa se debe, en buena medida, a un mayor índice de desempleo abierto. Se estima que en el futuro esta tasa pueda incrementarse en el caso en que no se produzca un incremento del producto más allá de lo que crece la población, y porque la población paraguaya es joven.

En el Sector Monetario[10], los Agregados Monetarios analizados como porcentajes del PIB, presentan un comportamiento relativamente estable en el periodo de análisis con tendencia a la baja, exceptuando los depósitos en moneda nacional y extranjera, por las altas tasas activas predominantes en el mercado local lo que propicia la entrada de capitales a corto plazo.

La reducción del nivel general de precios ha sido una de las metas del gobierno nacional, objetivo que se fue dando a través de la acción conjunta de las políticas fiscal y monetaria. La política fiscal se ha caracterizado por la austeridad, es decir, el gobierno se esforzó por mantener el menor nivel de gasto posible, principalmente con la reducción de los gastos corrientes, con lo que se obtuvo menores déficits. En tal sentido, el buen desempeño de las finanzas públicas otorgó al Banco Central la holgura e independencia necesarias para un manejo responsable y eficiente de la política monetaria.

---

[7] Boletín de Cuentas Nacionales e Informe Económico del Banco Central.

[8] Censo de 1992 y Encuesta de Hogares - Dirección de Estadísticas, Encuestas y Censos.

[9] Censo de 1992 y Encuesta de Hogares - Dirección de Estadísticas, Encuestas y Censos.

[10] Estadísticas Económicas e Informme Económico, BCP.

En el Sector Fiscal[11], la Presión Tributaria ha experimentado muy pocos cambios a lo largo del periodo considerado. En cifras reales fue de 10,7% en el año 1990 y 12,8% en el año 1996, correspondiendo a los impuestos indirectos el mayor peso, constituyéndose el impuesto al valor agregado (IVA) una de las principales cargas en este grupo.

Los impuestos directos, por su parte, tuvieron una leve participación, resultado que se explica a través la estructura tributaria del Paraguay, la cual esta constituida en gran parte por impuestos indirectos. La proporción de carga tributaria de impuestos directos e Indirectos fue de 1,4% y 9,4% respectivamente en 1990 y de 2,7% y 10,1% en el año 1996.

Debido a la proliferación de actividades informales existentes, se tiene una evasión tributaria considerable, la cual se estima en un 40% aproximadamente. Sin embargo, a partir de la reforma tributaria de 1991 se ha logrado la simplificación de la estructura tributaria, lo que junto con la implementación de mayores controles han contribuido con una relativa mejora en la eficiencia de la administración tributaria, eficiencia que se espera incrementar en el futuro.

En cuanto al Gasto Público, si bien no se ha registrado un cambio estructural del Presupuesto de Gastos de la Nación, actualmente se observa una mejor distribución de los recursos del Estado, considerándose en el mismo las áreas prioritarias, incrementándose los gastos en los sectores sociales entre los que se destacan, educación y cultura, salud pública, Previsión y Bienestar Social y vivienda.

El Gasto Público como proporción del PIB ha venido incrementándose a lo largo del periodo considerado, registrando un 8,3% en el año 1990 y una proporción de 16,9% en 1996. Cabe destacar que los gastos corrientes constituyen uno de los principales componentes del total de gastos. La reducción de la proporción del gasto/PIB a mediano plazo es una de las prioridades del Gobiemo, principalmente de los gastos corrientes. Se estima que la tendencia, por lo menos, en el corto plazo será creciente, reduciéndose paulatinamente en el mediano plazo.

En cuanto a la Distribución de los gastos en corrientes y de capital el presupuesto se ha caracterizado por mayores gastos corrientes, 75% del total en el período considerado, mientras los de capital han quedado rezagados en 25%. Dentro de los gastos corrientes se destacan los gastos en servicios personales y la compra de bienes y servicios, mientras los gastos de capital los constituyen, principalmente, las inversiones físicas y financieras. Actualmente existe un mayor interés en incrementar la proporción de los gastos de inversión, resultado que el gobiemo espera lograr aplicando una política restrictiva con respecto a los gastos corrientes y expansiva con respecto a los de capital, emitiendo bonos del Tesoro Nacional para financiarlos.

El saldo de las cuentas públicas ha tenido un comportamiento irregular, de un superávit de 337.201 millones de guaraníes alcanzado en el año 1990, se llegó a un déficit de 168.558 millones de guaraníes en el año 1996. En los últimos años se ha intensificado el esfuerzo por lograr un equilibrio fiscal, pero a pesar de ello el déficit persistió en la caja del sector público. Las estimaciones, por su parte indican que este resultado no se modificaría en el corto plazo, debido a la dificultad de reducir los gastos públicos.

La proporción de gastos ejecutados con respecto a los presupuestados es mayor dentro de la clasificación de los gastos corrientes, aproximadamente 80%, mientras la ejecución de los gastos de capital está, en promedio, en un 50%.

La evolución del gasto público social ha sido positiva atendiendo que, de 30,7% en el año 1990 se ha incrementado a 46,7% en el año 1996, destacándose los gastos en educación y cultura, seguridad y asistencia social, seguido por los gastos en salud pública. Actualmente se adoptó una metodología que permite establecer las áreas prioritarias, a fin de que, a través de la organización de las principales instituciones, se puedan identificar las pertenecientes a

[11] Boletín Fiscal - Ministerio de Hacienda.

sectores específicos, tales como el agropecuario, infraestructura y servicios, educación y salud, estado y relaciones, financiero y gobernaciones. Con esta política se espera maximizar los beneficios en los sectores sociales, por lo que se estima un mejoramiento de los mismos en el mediano plazo.

En el Sector Externo[12], el Paraguay se ha caracterizado por déficits consecutivos de la balanza comercial, debido a la apertura de su economía, sin embargo este comportamiento se ha atenuado últimamente, debido a dos factores; un incremento en las exportaciones y una disminución de las importaciones. El incremento de las exportaciones se produjo por un aumento de la producción y una mayor diversificación de los productos exportados. Un factor positivo en el incremento de las exportaciones fue un mercado más grande que se logró con la consolidación del MERCOSUR, teniendo en cuenta que el destino de la mayor parte de las exportaciones ha sido los países miembros, dentro de los cuales se destaca el Brasil, país al que se destina aproximadamente el 80% del total exportado.

Por su parte las Reservas Internacionales Netas han experimentado altibajos en su evolución, tras un considerable aumento en el año 1991 en que creció 44,4%, volvió a caer en el año siguiente en aproximadamente el mismo nivel, incrementándose luego en los años consecutivos hasta llegar en el año 1996 a un nivel de 1.062 millones de dólares.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Producto Interno Bruto (var. %)	3,5	2,5	1,8	4,1	3,1	4,7	1,3
Millones de U$s.	5.285	6.254	6.447	6.841	7.857	8.970	9.576
Per cápita	1.616	1.612	1.597	1.619	1.625	1.656	1.634
Inflación	44,1	11,8	17,8	20,4	18,3	10,5	8,2
Población Económic. Activa	1.443.560	1.492.038	1.540.516	1.588.994	1.637.472	1.685.950	1.747.488
Tasa de Desocupación	6,6	4,9	5,3	5,1	4,4	3,3	8,2
Tasa de Interés Nominal							
Activa	30,0	32,4	35,0	35,4	35,5	34,0	31,9
Pasiva	15,9	14,8	15,4	17,1	17,4	15,7	12,8
Presión Tributaria Real							
Impuestos Directos	1,4	1,4	1,6	1,7	2,4	2,7	2,7
Impuestos Indirectos	9,4	9,1	8,6	8,4	9,3	10,7	10,1
Gasto Público Total (mill. Gs.)	540.342	611.009	1.429.956	1.726.217	2.233.925	3.034.445	3.335.479
Corrientes	397.534	475.476	1.090.794	1.323.796	1.693.661	2.135.305	2.519.259
Capital	142.808	135.533	339.162	402.421	540.264	899.139	816.220
% del PIB	8,3	7,4	14,8	14,4	14,9	17,1	16,9
Gasto Público Social	165.621	266.307	574.107	743.464	969.190	1.307.988	1.556.224
Déficit/Superávit	337.201	376.083	-23.111	-93.860	143.886	-51.229	-168.558
Balanza de Pagos							
Saldo Global (mill. U$s.)	220	299	-347	86	328	48	-44
Cuenta Corriente (mill. U$s.)	-170	-332	-626	-811	-1.198	-967	-670
Reservas Intern. Netas (mill U$s.)	675	975	611	698	1.044	1.107	1.062

[12] Estadísticas Económica e Infomme Económico - BCP.

1.2.3. Perspectivas a Corto y Mediano Plazo

Teniendo en cuenta la tendencia positiva de algunos indicadores sectoriales de la actividad económica, a pesar de las dificultades en el sistema financiero, que podrían reducir el ritmo de crecimiento de la actividad económica del segundo semestre de 1997, se siguen manteniendo las metas establecidas para dicho año: un crecimiento del producto interno bruto de 4%, e inflación de 8%, metas que de alcanzarse consolidarán la estabilidad macroeconómica, y consecuentemente un aumento de la inversión y el empleo.

A partir del panorama económico del año 1997 se puede estimar una continuidad del escenario estable en el año 1998. Es decir, crecimiento del producto interno bruto de 4%, inflación del orden del 7% y una devaluación nominal promedio anual del 5%. Para lograr estas metas el gobierno ha iniciado un Programa de apoyo al productor, y se han aprobado leyes que fortalecerán el marco jurídico conforme al cual se desarrolla la actividad económica, generando así una mayor garantía para los inversores, tanto nacionales como extranjeros.

Uno de los objetivos primordiales a mediano plazo es conseguir un mayor crecimiento de la economía, a fin de priorizar los sectores sociales, a través de las reformas estructurales que incluyen, entre otros, el marco regulatorio de las inversiones, la Reforma del Sistema Financiero, la reestructuración de las empresas públicas y la implementación de políticas que permitan la participación del capital privado en las mismas, la reforma administrativa del Estado, la racionalización de los recursos humanos e institucionales del sector público, y la reforma de la seguridad social.

1.3. CONTEXTO SOCIAL

Las políticas de Desarrollo Social en Paraguay se basan en tres ejes principales: I) acceso a los servicios sociales, II) mitigación de la pobreza e integración social y, III) generación de empleos productivos. Al mismo tiempo, se da énfasis al fortalecimiento de la organización y la participación social para la concertación y coordinación de acciones de los diversos actores en la búsqueda de respuestas a sus demandas.

1.3.1. Empleo e Ingreso

La situación actual del empleo se puede caracterizar a partir de la información obtenida de la Encuesta de Hogares del año 1996, realizada en viviendas particulares de áreas urbanas de todo el país, excluyendo los Departamentos de Alto Paraguay y Boquerón.

En las áreas urbanas se registra una población de 2,7 millones de habitantes, más de la mitad de ellos, es decir 1,5 millones, viven en Asunción y el Departamento Central Urbano.

La tasa de participación de la población urbana de 10 años y más de edad, fue, en 1995, del 64,8% y se redujo, en 1996, al 63%, mientras que la tasa de desempleo abierto en 1995 fue del 5,3% incrementándose a 8,2% en 1996, afectando mayoritariamente a las mujeres.

El porcentaje de hogares encabezados por mujeres, en Asunción, fue del 26,6% en 1995, y se elevó a 34,3% en 1996, representando el mayor incremento con relación al resto urbano. La inequidad salarial de género se refleja en los salarios, donde se observa que los hombres perciben un mayor salario que las mujeres.

Se estima que en el sector formal de la economía, las mujeres perciben sólo un 70% de los salarios percibidos por los hombres. Esta brecha se incrementa notablemente si se considera a los trabajadores independientes agropecuarios, ya que las mujeres reciben sólo el 48% de los ingresos que reciben los agricultores varones. En el trabajo rural, se estima que tres cuartas partes de los trabajadores desempeñan su actividad en explotaciones familiares.

El ingreso mensual promedio per cápita a nivel urbano en 1995 fue de 354.000 Gs., Se incrementó a 364.000 Gs. en 1996, estas cifras son inferiores al ingreso registrado en Asunción en ambos periodos: 546.000 Gs. en 1995 y 592.000 Gs. en 1996.

El sector informal incluye a trabajadores que se desempeñan en tareas de baja productividad, al margen de las normas que regulan la actividad laboral y protegen al trabajador, no pueden tener acceso al sistema previsional. A nivel nacional, en el año 1996 los trabajadores que no tenían acceso al sistema previsional representaban aproximadamente el 63% mientras que en 1992 esta proporción era del 70%, aproximadamente. Muchos de estos trabajadores se desempeñan por cuenta propia y son migrantes oriundos del medio rural.

La Encuesta de Hogares 1996 reveló que la proporción de los Trabajadores en el Sector Informal Urbano asciende a 46% del total de ocupados, de los cuales el 32% residen en el departamento Central, el 18% en Asunción y 50% restante en otras áreas urbanas del país.

1.3.2. Pobreza

Existen en el país numerosos estudios que hacen referencia a la pobreza. El más reciente fue elaborado por la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos, que buscó dimensionar y localizar geográficamente los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), a partir de los datos censales de 1992. Las NBI se definen como el conjunto de requerimientos de índole físico, psíquico o cultural, cuya satisfacción es condición necesaria al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos de una sociedad determinada.

En este estudio fueron seleccionados cuatro subconjuntos de indicadores que miden la insatisfacción en Calidad de la Vivienda, Infraestructura Sanitaria, Acceso a la Educación y Capacidad de Subsistencia.

Las deficiencias de la población rural con relación a la urbana, en materia de infraestructura y servicios son agravadas por el aislamiento geográfico. Asimismo, su sistema productivo fuertemente limitado por el tipo y cantidad de recursos productivos a los cuales tienen acceso, su deficiente articulación a los mercados de productos e insumos, la carencia de uso y manejo de tecnologías y la escasa dotación de capital y crédito, redunda en niveles de ingreso que se deterioran de manera creciente.

En efecto, existe una alta correlación entre la pobreza rural y el escaso tamaño de la explotación agrícola. Distintas estimaciones sitúan entre 10 y 20 hectáreas la extensión requerida para que una familia campesina genere un ingreso adecuado para vivir.

Paraguay es un país eminentemente agrícola, ganadero y forestal. El 49,5% de la población vive en áreas rurales, el 8% en ciudades con menos de 25.000 habitantes. Existe una estructura desigual entre latifundios con uso extensivo de la tierra y minifundios (90% de todas las explotaciones, pero solamente 8,3% de la superficie) sin acceso a créditos y nuevas tecnologías.

El acceso que la población tiene a la infraestructura de salud, agua y saneamiento, es también limitado, existiendo grandes diferencias al comparar los indicadores a nivel urbano-rural.

Por otra parte, actualmente, sólo uno de cada tres niños que habitan en áreas rurales termina la educación primaria y la continuidad hacia el nivel secundario tiende a ser baja.

La expansión de la pobreza obedece, en gran medida a la falta de oportunidades de los pobres rurales que residen en zonas de expulsión, que los lleva a migrar a las ciudades. Las estimaciones realizadas muestran que dos tercios de los pobres urbanos son migrantes rurales.

La desocupación, el subempleo y la informalidad de las áreas urbanas tienden a generar sectores de marginalidad y crean las condiciones necesarias para quebrantar la seguridad.

El Censo 1992, reveló que en las áreas urbanas del país existían 451.948 hogares, en los que habitaban 2.061.536 personas. El 56,9% de estos hogares tenían al menos una NBI.

A continuación se presenta la Evolución de las NBIs entre 1992 y 1996.

Hogares con NBI por tipo de indicador: Total País Urbano, Asunción, Central, Itapúa y Alto Paraná. Años 1992- 1996

Total de Hogares	Total País Urbano %	Asunción %	Central %	Itapúa %	Alto Paraná %
Calidad de la Vivienda					
1992	23,2	16,3	27,1	34,7	27,3
1996	17,1	14,5	17,3	27,5	19,9
Infraestructura Sanitaria					
1992	43,0	15,4	37,3	34,7	36,8
1996	27,6	12,9	14,9	17,0	29,6
Acceso a la Educación					
1992	14,7	9,3	14,8	28,3	25,4
1996	13,0	10,3	11,5	27,5	22,8
Capacidad de Subsistencia					
1992	11,0	6,6	9,5	18,6	13,5
1996	8,4	6,4	5,6	9,6	9,6

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992, y Encuesta de Hogares, 1996.

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) han mostrado en los cuatro indicadores de pobreza una tendencia decreciente a nivel país-urbano. Dentro de los cuatros indicadores estudiados, la Infraestructura Sanitaria muestra una mejoría teniendo en cuenta que ha disminuido alrededor del 36% el número de familias carentes de acceso a servicios sanitarios de agua y eliminación de excretas.

Por otro lado, el Indicador correspondiente al Acceso a la Educación ha sido el que ha experimentado la menor disminución, reduciéndose de 14,7% a tan solo 13%.

1.3.3. La Integración Social y los Grupos Sociales Vulnerables

La integración social hace referencia al acceso equitativo de la población a los beneficios del crecimiento económico y de la política social. Los principales factores de integración social están asociados al contexto urbano-rural, la edad, el género y la condición étnica.

Los Niños y Niñas Trabajadores de la Calle están insertos en diferentes formas de trabajo infantil que desde muy corta edad realizan en esferas de la economía, aunque no todas las modalidades están registradas. La inserción

de los Niños y Niñas Adolescentes Trabajadores, se da preferentemente en el sector primario (57,7%), seguidos del terciario (30,0%) y del secundario (10,7%).

En el área urbana existe una débil inserción en el mercado laboral, en tareas de baja productividad, en malas condiciones, con escasa o ninguna remuneración y sin cobertura en seguridad social[13].

Desde la perspectiva etárea merece consignarse que muchos niños y jóvenes se ven afectados por condiciones de pobreza, lo que conlleva a la marginación social y agudiza los problemas de violencia, delincuencia, fármaco-dependencia y desintegración cultural.

Por su parte, los adultos mayores representan el 4% de la población del país y tienen importancia desde el punto de vista social por su alta vulnerabilidad y dependencia progresiva de los otros estratos de la sociedad. En éste grupo existe baja cobertura en el ámbito de la atención sanitaria y seguridad social.

La población discapacitada se estima en un 10%, lo que representa en el país una población de 373.000 personas con impedimentos leves y moderados, y 124.300 personas con minusvalía grave. Estas últimas requieren urgente atención especializada por el impacto que producen a nivel individual, familiar y comunitario.

La población indígena, que representa el 1% de la población del país, constituye el segmento social más carenciado y menos atendido. Se reconocen 17 etnias, pertenecientes a cinco grandes familias linguísticas, que en el último cuarto de siglo han sufrido el deterioro de las condiciones de vida, por causas asociadas a los cambios en la distribución espacial de la población, en el uso y propiedad de su hábitat, en la deforestación y otros factores. El Instituto Nacional del Indígena, conjuntamente con organismos privados y de las iglesias, desarrollan programas dirigidos a mejorar la situación de las comunidades indígenas.

La situación de la Mujer constituye otro sector donde se manifiesta la falta de equidad en la sociedad paraguaya y se traduce en los siguientes indicadores: de cada 10 analfabetos, 6 son mujeres; en 1995 se registran 130 muertes maternas por cada 100.000 Nacidos Vivos; alrededor de una tercera parte de hogares tienen una mujer como jefe de familia; en el Congreso Nacional hay un 94,4% de varones frente a solo un 5,6% de mujeres; y en el Poder Ejecutivo existe una sola Ministra.

A pesar de importantes logros en la igualdad de oportunidades, persisten situaciones de discriminación negativa que afectan a las mujeres en los diversos ámbitos de su vida familiar, laboral, social y política.

1.3.4. Acceso a Servicios Sociales

El acceso de la población a los servicios de educación, salud, nutrición, saneamiento ambiental y vivienda, constituye un determinante directo del bienestar. Por ello, los indicadores sociales respectivos proveen información complementaria a las estadísticas de pobreza que permite describir el nivel de desarrollo social del país.

El Sector Educación presenta una alta cobertura en el nivel primario que alcanzó, en 1992, al 91% en la población de 7 a 12 años. La distribución geográfica muestra notables diferencias en el acceso a la educación: el 94,2% de los niños entre 7 y 12 años asiste a la escuela en Asunción, y menos del 70% lo hace en Departamentos como Canindeyú. La tasa de analfabetismo fluctúa entre 3,4% en Asunción y niveles superiores al 20% en el Chaco

La cobertura del nivel primario tuvo un incremento del 22,8% en el período 1991-1996, mostrando grandes diferencias entre el medio urbano (29,3%) y rural (17,6%). La tasa de repetidores en este mismo período aumentó de

[13] Céspedes, Roberto. Trabajo Infanto-Juvenil Severo en el Paraguay. 1995

8,8% a 9,1%, con cifras superiores en el sector oficial.

El Sector Agua y Saneamiento revelan importantes carencias en el acceso a la población a estos servicios. La cobertura de agua potable alcanza al 34,55% de la población total del país con grandes diferencias entre el medio urbano (59,79%) y rural (4,83%).

El servicio sanitario conectado a red privada o pública alcanza al 10,31% a nivel país, lo que representa el 19,01% en población urbana y 0,06% en la rural. Existe preponderancia de utilización de letrina común en el medio rural.

En lo que a recolección de basura se refiere, de acuerdo a los datos censales del año 1992, el 21,2% de las viviendas del país contaban con servicios de recolección, de los cuales correspondían a la zona urbana el 40,9% y el 0,1% a la rural. Las demás viviendas se despojan de sus basuras quemando, enterrando o tirando en zanjas y arroyos, o en la calle.

Actualmente se están realizando acciones conjuntas a nivel de gobernaciones, municipios y comunidades, a fin de mejorar las condiciones medioambientales, se han dispuesto ordenanzas municipales y otras regulaciones, así como programas y proyectos relacionados al área.

El Paraguay enfrenta un avance del deterioro ambiental que puede acentuarse dramáticamente en los próximos años. La deforestación y la incorporación de nuevas tierras a la agricultura junto con la aplicación de tecnologías inapropiadas, así como las prácticas culturales depredatorias, han contribuido al deterioro de los recursos naturales.

Ante esta situación se busca atenuar el impacto del deterioro ambiental, con la incorporación del componente ambiental en los programas y proyectos de inversión pública, y la aprobación de un nuevo marco legal ambiental para la preservación del medio ambiente del Paraguay.

1.3.5. Sistema Previsional Paraguayo

El sistema previsional paraguayo está conformado por el Instituto de Previsión Social (IPS) y siete Cajas previsionales autárquicas: la Caja Fiscal, Caja Ferroviaria, Caja Municipal, Caja Bancaria, Caja Parlamentaria, Caja ANDE y Caja Itaipú, que ofrecen a sus afiliados prestaciones por vejez, invalidez y sobrevivencia, y solo en algunos casos subsidios por incapacidad laboral y prestaciones por accidentes, enfermedad y maternidad. En el caso de la Caja Fiscal existen beneficios no contributivos (Pensiones a Veteranos de la Guerra del Chaco y Pensiones Graciables). Sin embargo, no se cuentan con programas de seguro por desempleo .

En 1996 el total de afiliados activos a las instituciones fue de aproximadamente 305.910 personas[14], lo que representa alrededor del 18% de la Población Económicamente Activa[15]. Por otra parte, si consideramos el total de beneficiarios, incluyendo a los afiliados pasivos y los familiares, el total de personas que están cubiertas por el seguro social llega alrededor de 1.500.000, equivalente al 31,5% de la población total; esta cobertura es una de las más bajas de América Latina. Uno de los principales problemas relacionados a la baja cobertura es la elevada evasión patronal; se estima que se registra una evasión de alrededor del 80% en éste aspecto[16].

---

[14] Según datos obtenidos en las diferentes cajas previsionales.

[15] La estimación de la población económicamente activa de 1996, fue de 1.685.950 DGEEC/STP.

[16] Informe de la Consultora Amparo Cruz Saco, realizado para el Programa Sectorial de Inversiones. Ministerio de Hacienda.1994.

Las diferentes instituciones previsionales tienen distintos regímenes de beneficios y tasas de cotizaciones; vale decir, las instituciones establecen porcentajes de aportes que difieren entre ellas, así como distintos requisitos para la obtención de los beneficios. Además de la diversidad de regímenes de jubilaciones, existen diversas disposiciones legales, tanto en el I.P.S. como en la Caja Fiscal. Además, las disposiciones establecen diferenciaciones entre distintos grupos afiliados a una misma caja, así como diferencias entre los afiliados a las distintas entidades previsionales.

Por otra parte, con las disposiciones legales vigentes se incentiva la inmovilidad laboral (principalmente en la Caja Fiscal), ya que el trabajador que cambia de trabajo enfrenta una elevada probabilidad de perder el aporte realizado a la caja originaria.

Asimismo, los regímenes de beneficios generan incentivos para subdeclarar el ingreso durante la mayor parte del tiempo de afiliación activa, para regularizarla solo en los últimos meses.

En lo que al aspecto financiero se refiere, en la Caja Fiscal, en la Caja Ferroviaria y la Caja Parlamentaria, los beneficios ofrecidos, superan a los aportes recibidos y el déficit existente es cubierto por el fisco.

En el marco del Programa Sectorial de Inversiones se han realizado diagnósticos acerca de la situación del sistema previsional paraguayo y se han elaborado propuestas de reforma que tienen como objetivo, de acuerdo al Plan Operaciones[17] del contrato de préstamo entre la República del Paraguay y el BID, introducir en el país un sistema privado de capitalización individual para prestaciones de pensiones y seguros de invalidez y sobrevivencia.

En este sentido, se ha elaborado un proyecto de ley del marco regulatorio del Sistema de Jubilaciones y Pensiones, preocupándose de que éste sea moderno, eficiente y que garantice una vejez digna y la seguridad económica indispensable para aquellos que la requieran. Asimismo, se ha definido un plan de acción para establecer un sistema de capitalización individual y para financiar los pasivos del sistema anterior de prestaciones económicas a fin de cumplir con lo establecido en la Ley 281/93.

1.3.6. La Necesidad de una Política Social

El Paraguay presenta importantes déficits en lo concerniente a la superación de la pobreza y la cobertura de servicios sociales, así como a las demás formas de integración social. La política social tradicional ha estado disociada de una visión integrada del desarrollo económico y social lo que trajo aparejada la incapacidad para generar ingresos y satisfacer las necesidades básicas de los grupos más postergados de la sociedad.

En octubre de 1996, el Gobierno Nacional elaboró el Plan Estratégico de Desarrollo Social, el cual intenta abordar las recomendaciones emanadas de las Conferencias Mundiales sobre Medio Ambiente, Derechos Humanos, Población, Mujer, y Desarrollo Social, entre otras. El Plan se orienta en torno a dos ejes principales: I) *"ampliar las oportunidades económicas de la población, sobre todo de aquellos que viven bajo pobreza" y,* II) *"proveer los servicios sociales que incrementan las capacidades productivas de las personas y satisfacen las necesidades más básicas: educación, salud, nutrición y vivienda".*

La Secretaría de Acción Social, dependiente de la Presidencia de la República, fue creada por decreto del Poder Ejecutivo en 1995. Está iniciando sus acciones con la asistencia no reembolsable del BID, así el programa "Niños y Jóvenes trabajadores de la Calle" movilizará aproximadamente, 8 millones de dólares, y el Fondo de Inversión Social, financiado con un préstamo del BID, otros 20 millones de dólares. Dicho fondo que fue creado por Ley 1026, el 27 de junio de 1996, tiene como objetivos principales mejorar la calidad de vida de las poblaciones en situación de vulnerabilidad y extrema pobreza mediante el financiamiento de proyectos sociales.

---

[17] Programa Sectorial de Inversiones. Plan de Operaciones.

Teniendo en cuenta que los indicadores sociales demuestran evidentes carencias en cuanto a cobertura y calidad de los servicios sociales, resalta la necesidad de incrementar la eficiencia y el Gasto Público Social, cuidando que el mismo llegue a los grupos mas carenciados de la población, y, especialmente, ejecutar acciones que apunten a eliminar las causas que generan la pobreza.

Se están ejecutando Planes Nacionales (PNs) en diferentes áreas prioritarias de desarrollo que requieren ser formulados de manera integrada y articulados entre sí para elevar el impacto deseado. Se desatacan, entre otros, los que tienen mayor vinculación con el área social: Plan Nacional de Acción por la Infancia (1992), P.N. de la Juventud (1995), Plan de Acción Nacional para las Personas con Discapacidad (1995), P.N. de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995), Plan de Igualdad de Oportunidades de la Mujer (1997), P.N. Estratégico de Adultos Mayores (1997).

La focalización de las políticas públicas, constituye una necesidad en éste campo, así como la generación de incentivos para la autogestión de modo que involucre a la población con menores recursos, a superar las causas que generan la situación de marginalidad y pobreza.

La estrategia de Desarrollo Social del Paraguay es una condición necesaria para el crecimiento económico y la consolidación de la democracia. La preocupación principal apunta hacia la necesidad de una mayor articulación intersectorial para promover el crecimiento económico que provea el marco adecuado y contribuya al financiamiento de la estrategia social.

2. ANALISIS DEMOGRAFICO Y EPIDEMIOLOGICO

2.1. ANALISIS DEMOGRAFICO

El Paraguay es un país mediterráneo que está ubicado en el centro de América del Sur entre las latitudes 19°, 18' y 27° 30' Sur, y longitudes 54°, 19' y 62° 38' Oeste del Meridiano de Greenwich. Limita al norte con Brasil y Bolivia, al Sur con Argentina, al Oeste con Argentina y Bolivia, al Este con Argentina y Brasil.

Su superficie es de 406.752 Km^2. El río Paraguay lo divide en dos grandes regiones: Occidental o Chaco Paraguayo con 246.925 km^2 y la Oriental con 159.827 Km^2.

La población total del país se ha estimado para 1998 en 5.218.885. Las características demográficas más relevantes constituyen la predominancia de población joven, alrededor de 41,5% por debajo de 15 años de edad, reducida densidad y un nivel de urbanización de 50,3%. Alto índice de mujeres gestantes 3,5% y una tasa de crecimiento poblacional de 3,2%.

La densidad poblacional es de 12,5 habitantes por Km^2, pero con notables diferencias entre las dos regiones del país. Mientras en la Región Oriental la densidad es de 25,3 habitantes por Km^2, la Región Occidental o Chaco Paraguayo registra 0,4 habitantes por Km^2. En la primera de ellas reside 97,5% de la población total del país. A su vez, más de 60% de la población total está concentrada en Asunción y el área metropolitana vecina a ésta; las ciudades de San Lorenzo, Fernando de la Mora, Lambaré, Luque, Limpio y Mariano Roque Alonso. En los últimos años se advierte un intenso fenómeno de migración rural urbano.

La capital Asunción concentra la mayor densidad poblacional con 4.281,5 habitantes por km^2. Le sigue el departamento Central con 351,7. Los departamentos de Guairá, Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Paraguarí e Itapúa, tienen densidades comprendidas entre 15 y 45 habitantes por km^2. La densidad de los demás departamentos oscila entre 5 y 15 en la Región Oriental y menos de 1,0 en la Región Occidental.[18]

DISTRIBUCION DE POBLACION POR REGIONES, AREAS Y GRUPOS DE EDAD

Población total 1998 (estimada por proyección)	5.218.885
Región Oriental	5.088.413
Región Occidental	130.472
Población urbana	50,3%
Población rural	49,7%
Población de menores de 1 año	3,3%
Población de menores de 5 años	14,7%
Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	24,7%

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas 1.992.

[18] Censo Nacional de Población y Vivienda 1992. DGEEC.

PROYECCION DE POBLACION. PARAGUAY 1990 - 2000

AÑO	POBLACION
1990	4.218.732
1991	4.334.186
1992	4.452.800
1993	4.574.660
1994	4.699.855
1995	4.828.476
1996	4.955.237
1997	5.085.328
1998	5.218.885
1999	5.355.843
2000	5.496.450

Fuente: Departamento de Bioestadística. MSP y BS.

La tasa anual de crecimiento demográfico es 3,2% y es uno de lo rasgos característicos de la dinámica poblacional. De mantenerse este ritmo de crecimiento Paraguay duplicaría su población en 20 años. Sin embargo existen datos que al presente año la tasa de crecimiento bajó a un 2,6%.

La proporción de menores de 15 años ascendió a 38% en 1965, disminuyó posteriormente al 32% en 1990. Hay grandes variaciones regionales relacionados a las tasas de fecundidad

El perfil de población del país es expansivo de acuerdo a la distribución por edad y sexo la población es joven según las características de la pirámide poblacional, el 41,5% corresponde a menores de 15 años de edad. El grupo materno infantil abarca el 64,3 %.

En 1950, el 83 % de la poblacion del mundo en desarrollo vivía en zonas rurales. Hacia 1975, en las zonas rurales aún residía cerca del 75 % de la población, hacia fines del presente decenio se prevé que dicha proporción se habrá reducido al 60 %.

En el Paraguay las corrientes migratorias procedentes de las áreas rurales representan un importante porcentaje del crecimiento urbano de ciudades como Asunción, Ciudad del Este, Pedro Juan Caballero, Encarnación y ciudades del Departamento Central.

Para 1992, la tasa de natalidad estimada fue de 33,8 por mil habitantes. La tasa bruta de natalidad expresada por mil habitantes, según población estimada y proyectada 1995 - 2000, es de 31,31.[19]

La tasa global de fecundidad para el período de 1990 a 1995, fue de 4,5 hijos por mujer y muestra una tendencia descendente. Los mayores índices de fecundidad se dan en las edades de 20 a 29 años. Existe una tendencia cada vez mayor al inicio temprano de la actividad sexual y la reproducción. La fecundidad urbana se estima en 3,6 hijos por mujer y la fecundidad rural en 6,7 hijos por mujer.

[19] Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

EVOLUCION DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

AÑOS	1979	1993	1995
FECUNDIDAD	4.9 %	4,7 %	4,17 %

Fuente: D.G.E.E. y C. - Departamento de Bioestadística M.S.P. y B.S.

La mortalidad general estimada por la Dirección General de Estadísticas y Censos fue de 5,43 por 1.000 habitantes en 1995. La mortalidad infantil, según la misma fuente, fue de 43,35 por cada mil nacidos vivos, según estimaciones de UNICEF y OPS es de 30 y 36 por mil respectivamente y según defunciones registradas por el Ministerio de Salud es de 19,7 por mil. La mortalidad materna es de 130,7 por 100.000

La esperanza de vida al nacer para 1996, se estimó en 69,7 años; 67,5 para hombres y 72,0 para mujeres.

2.2. ANALISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

El análisis de la situación de salud de Paraguay refleja un perfil epidemiológico de país en desarrollo, donde múltiples causas contribuyen al lento tránsito hacia un adecuado desarrollo humano y social. Las enfermedades transmisibles y dentro de ellas las inmunoprevenibles, las enfermedades infectocontagiosas, parasitarias, diarreicas y respiratorias agudas impactan notablemente sobre todo en el grupo de edad infantil.

A las citadas enfermedades del subdesarrollo se agregan enfermedades que caracterizan a los países industrializados como cardiopatías, tumores, accidentes, trastornos mentales, farmacodependencia, alcoholismo y otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes.

Los principales daños obedecen a deficiente saneamiento del medio, práctica de hábitos inadecuados, insuficiente educación, dificultades de accesibilidad de tipo geográfica, cultural y económica, la falta de articulación efectiva de los programas educativos para la salud en los niveles regionales y locales, baja disponibilidad de recursos financieros y humanos, poca participación de la comunidad en el estudio y solución de problemas de salud.

Los sistemas de Información sanitaria, a pesar de haber mejorado en los últimos tres años, aún son insuficientes en cuanto a su confiabilidad, oportunidad y cobertura sectorial. El Sub-Registro estimado, en las defunciones supera el 38%. La certificación médica, es obligatoria, y los profesionales la realizan directamente en algo más de la mitad de los casos. El Sub-Registro de nacimientos se estima en el 51%. Ambos sub-registros presentan diferencias importantes entre las Regiones del país.

Según las estadísticas de mortalidad elaboradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para 1995, las cinco primeras causas de muerte son responsables de más del 70% de las defunciones que ocurren en el país.

Las causas perinatales tienen 623 muertes registradas en 1995, 3,9% del total.

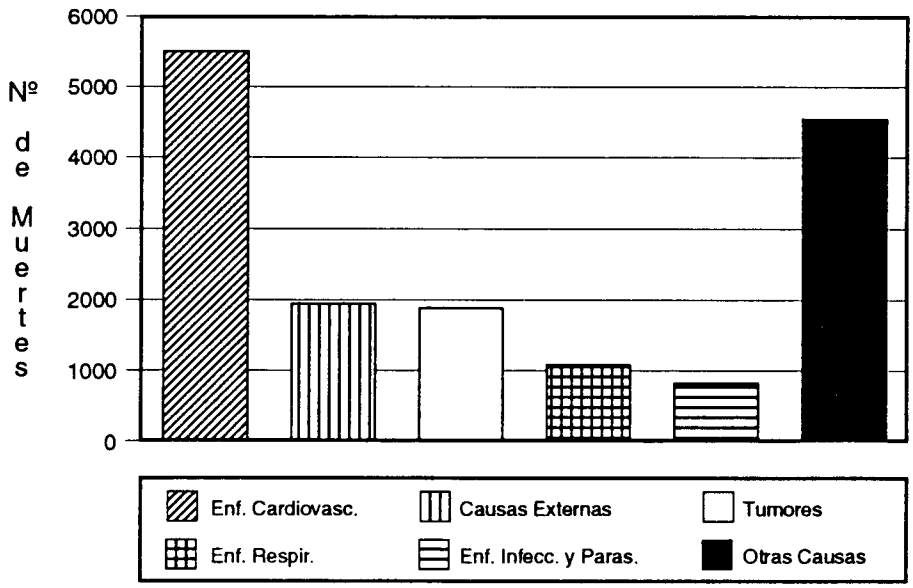
La tasa de mortalidad infantil para el total del país, registrada en 1995, fue de 19,7 por mil nacidos vivos, siendo las causas perinatales, las diarreas e infecciones respiratorias agudas; la mortalidad materna es de 130,7 por 100.000 nacidos vivos. Aunque debe considerarse el sub-registro existente, ambas muestran una tendencia al descenso en el último quinquenio.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGUN DEFUNCIONES REGISTRADAS POR EL MSP Y BS. PARAGUAY - 1995

CAUSA	Nº de Defunc.	%	% Acum.	Cod. CIE 9
Enferm. Cardiovasculares	5.537	34,46	34,46	390-459
Causas Externas	1.942	12,09	46,54	E800-E999
Tumores	1.930	12,01	58,55	140-239
Apar. Respiratorio	1.115	6,94	65,49	460-519
Enf. Infecciosas y Parasitarias	879	5,47	70,96	001-139
Todas las demás	4.666	29,04	100	
Todas las Causas	16.069	100		

Fuente: Indicadores de Mortalidad 1995. MSP y BS, Departamento de Bioestadística. Asunción, 1997.

MORTALIDAD GENERAL
Principales Causas. Paraguay - 1995



FUENTE: Departamento de Bioestadística. MSP y BS. Paraguay 1998.

El 28% del total de defunciones se produjeron en el grupo de 15 a 60 años de edad (53% de la población total) en este grupo de población, en 1995, se registró la ocurrencia de 4.500 muertes, correspondiendo el 62% a varones y el 38% a mujeres.

En tres Regiones Sanitarias las causas externas son las primeras causas de muerte y dentro de estas, las defunciones por accidentes ocupan un lugar preponderante en Paraguay, siendo la causa de 7 defunciones cada 100 muertes totales registrados. En 1995 se registraron 1.092 muertes por todas las formas de accidentes.

Las infecciones respiratorias agudas fueron, en 1995, la primera causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años, y del

14,5% del total de defunciones registradas en los menores de 5 años. Entre 1991 y 1996 fueron reportados alrededor de 200.000 casos anuales.

Las enfermedades diarreicas ocupan un lugar importante en la estructura de la morbi-mortalidad. Entre los años 1992 y 1996 se notificaron 40.000 casos de diarrea por año, la proporción entre mayores y menores de 5 años, se mantienen en 80% de los casos en menores de 5 años y el 20% en la población de más de 5 años.

Perfil de morbilidad: la morbilidad es compleja y refleja enfermedades emergentes, reemergentes, enfermedades cuya erradicación constituyen un compromiso país ante las Américas y el mundo, otras transmisibles y no transmisibles.

Enfermedades emergentes y reemergentes: el SIDA y enfermedades de transmisión sexual presentan la siguiente situación.

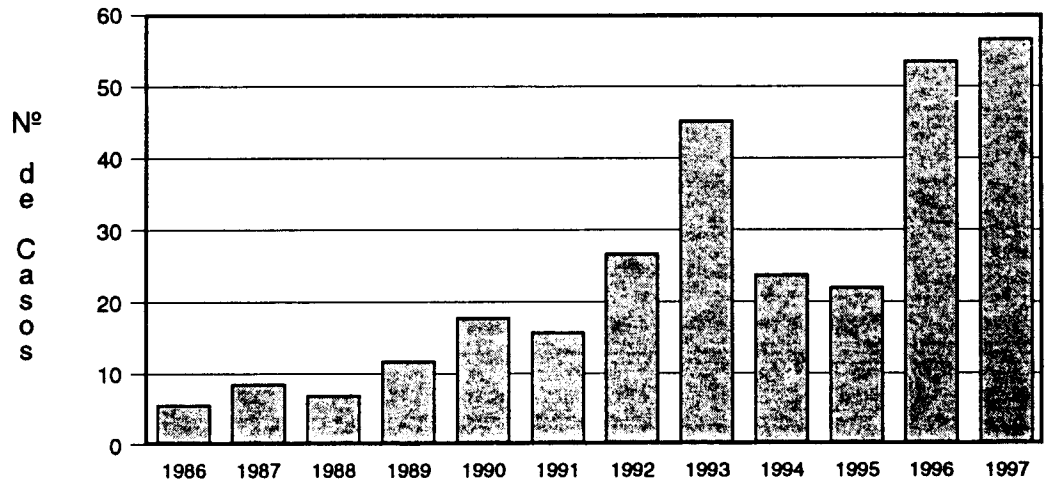
Desde el año 1986 hasta diciembre de 1997 se han registrado 343 casos acumulados de SIDA de los que murieron el 57%. En los últimos 4 años la tendencia es ascendente: 24 casos en 1994, 26 en 1995, 54 en 1996 y 57 hasta setiembre de 1997, con una media anual de 35 casos; la tasa de incidencia anual es de 1 caso por 100.000 habitantes.

El grupo de edad más afectado es el de 30 a 34 años, le sigue de 35 a 39 años, la distribución por sexo es sostenida y ascendente en los varones, aunque las mujeres son cada vez más afectadas. El 66% de los casos reconoce la transmisión sexual como factor de riesgo.

El registro de sífilis, en 1995, fue de 1.016 casos, 263 casos se diagnosticaron en embarazadas (26%) y 5,6% correspondió a sífilis congénita.

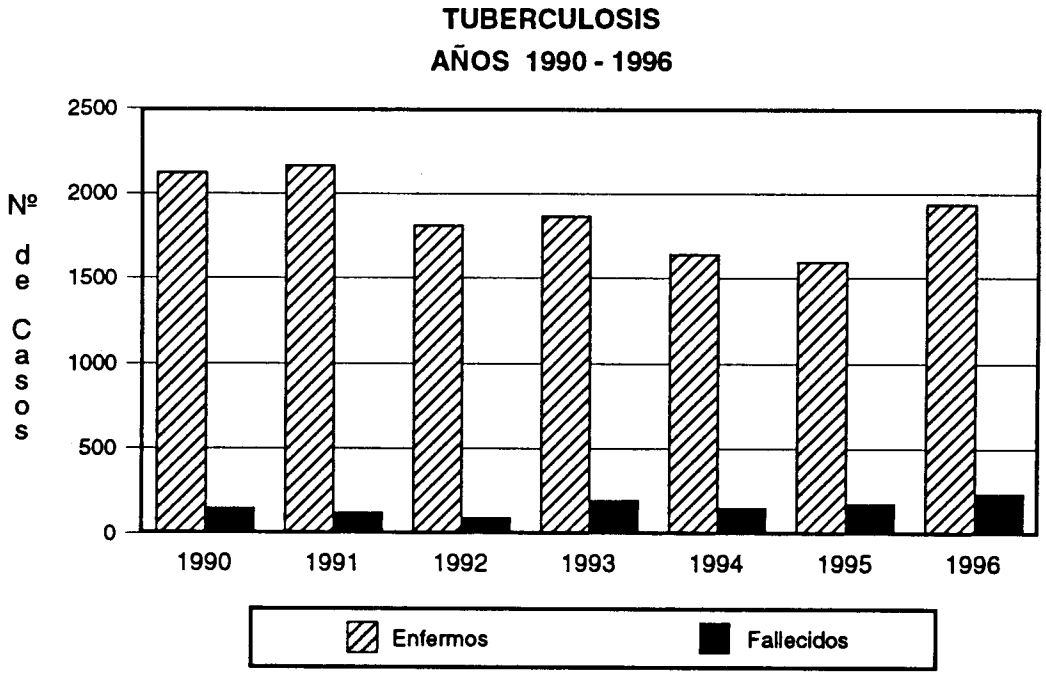
En noviembre de 1995 se han identificado casos clínicos de Distrés Respiratorio del Adulto e infección asintomática por Hantavirus, en población de ciudades del Chaco Central Paraguayo. De 24 casos probables identificados en 1995, 23 se confirmaron por estudios de laboratorio. En 1996 fueron registrados 3 casos y, en 1997, 4 casos. El roedor Calomys laucha es el más frecuentemente capturado, y el que mostró mayor índice de anticuerpos por Hantavirus.

SIDA
AÑOS 1986 - 1997



FUENTE: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. MSP y BS. Paraguay 1998.

La tuberculosis constituye un problema de salud pública por su alta incidencia en los últimos años, en especial entre la población indígena y marginal de las áreas urbanas. Afecta especialmente al grupo de 15 años y más, la tasa de incidencia para el año 1996 fue de 37,2 por 100.000 habitantes. El 95% de los casos fueron formas pulmonares y el 45% se confirmaron por laboratorio. El último estudio de cohorte muestra bajas tasas de curación -75%- y altas tasas de abandono -17%-. El problema es particularmente grave en numerosas poblaciones del Chaco Paraguayo, donde las tasas de incidencia son superiores a 300 por cada 100.000 habitantes según registros del Ministerio de Salud. Los departamentos de Alto Paraguay, Boquerón y Pdte. Hayes presentan las tasas más elevadas del país.



FUENTE: Departamento de Tuberculosis y Departamento de Bioestadística. MSP y BS. Paraguay 1998.

La tasa de prevalencia nacional de Lepra para 1997 es de 1,7 casos por 10.000 habitantes, fueron registrados 418 casos nuevos en 1997 -tasa de incidencia de 0,8 por cada 10.000 habitantes-. Los Departamentos de Alto Paraguay, Amambay y Canindeyú tienen los registros más altos del país.

La incidencia anual de rabia canina en Paraguay pasó de 227 casos en 1994 a 572 en 1996 y 578 en el año 1997. Con relación a casos humanos en 1996 se produjeron 6 casos, y para el año 1997 aumentaron a 9. Aproximadamente son atendidas 15.000 personas en los servicios de salud por encontrarse en riesgo de contraer rabia. En el área Central se concentra la mayor ocurrencia de rabia canina y el 90% del total de los casos registrados del país ocurren en los departamentos Central, Paraguarí y Caaguazú, a la vez el 80% de los casos ocurrieron en el departamento Central.

La enfermedad de Chagas es una de las principales enfermedades transmitidas por vectores y uno de los problemas relevantes para la Salud Pública. La Comisión Intergubernamental para la Eliminación del Triatoma infestans, y la interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusicnal, estima que en Paraguay, la tasa de infección por Tripanosoma cruzi es de 11,59%, tasa que va disminuyendo debido al éxito alcanzado por la actividad de control. En 1996 fue controlada el 98% de la sangre a transfundir en los servicios de salud integrados en el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, y la prevalencia de anticuerpos antitripanosoma cruzi, en 1995 y 1996 en donantes de sangre, fue de 5,7% y 4,0% respectivamente.

Enfermedades cuya erradicación constituyen compromiso-país ante las Américas y el mundo:

El Sarampión presentó brotes cada tres años hasta 1993. Ese año hubo 2.066 casos. A partir de 1994, comenzó una importante declinación, año en que se registraron 122 casos; en 1995 se registraron 69 casos y en el año 1996, 13 casos. Las coberturas de vacunación obtenidas tanto por el programa regular como por campañas masivas, no alcanzaron la meta de 95% anual, hecho que produjo una importante acumulación de susceptibles. Esto, sumado a la importante circulación viral en Brasil por la epidemia que afectó a Sao Paulo, provocó un recrudecimiento del Sarampión en Paraguay a partir de junio de 1997. Se notificaron 304 casos de los que el 80% correspondió a Ciudad del Este y sus vecindades, aunque se registraron casos en 15 de los 18 Regiones Sanitarias del país. Se confirmaron por laboratorio, nexo epidemiológico o clínica, 178 casos. Esta situación ha puesto en peligro la meta de eliminación de la enfermedad para el año 2000.

El tétanos neonatal presenta una reducción progresiva de casos, de 52 en el año 1988 a 15 en 1997. Al relacionar el número de casos con el número de dosis de vacunas aplicadas, se observa que al incrementarse las coberturas, el número de casos se reduce sustancialmente. Sin embargo, los esfuerzos no se han acompañado de una sectorización adecuada. Esto se refleja al analizar las coberturas por distritos; aquellos que no registran casos, presentan altas coberturas de vacunación de mujeres en edad fértil. Al contrario, distritos pequeños y rurales con inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud, son los que tienen casos y presentan bajas coberturas. Cincuenta por ciento de las mujeres en edad fértil del país, residen en 45 distritos categorizados en fase de ataque, donde se requiere incrementar los esfuerzos de vacunación y vigilancia epidemiológica.

El último caso de poliomielitis se produjo en el año 1985, en 1995 se investigaron 23 casos de parálisis aguda fláccida, y en 1997 se presentaron 10 casos, descartándose en todos la presencia de polio virus salvaje. En 1995 se registró un solo caso de Difteria. Con relación a la Tos Convulsa fueron registrados 40 casos en 1996 y 27 casos en 1997, cifras muy inferiores a las del pasado, pero aun se requieren altas coberturas con vacuna Triple para cortar la transmisión .

Desde el inicio de la epidemia de Cólera en las Américas, el Paraguay ha notificado 7 casos, 3 casos en 1992, y 4 casos en 1996.

Otras enfermedades transmisibles:

El Paludismo en el Paraguay, presenta un número estable de casos que en los últimos años no superan el millar (1996: 637 casos y 1997: 486 casos). No más de 8 distritos de los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú concentran el 90% de los casos registrados en el país, todos debido a la infección de Plasmodium vivax.

Aunque desde la epidemia de 1988/1989 no se registran casos de Dengue. Los índices son particularmente altos en Asunción y área metropolitana, donde reside casi el 50% de la población total del país. Las campañas de desinsectación son insuficientes y la existencia de múltiples criaderos naturales y artificiales del vector ubican al Dengue en el grupo de patologías que generan un alto riesgo epidemiológico.

La Leishmaniasis es otra de las enfermedades transmitidas por vectores de importancia. De un promedio anual de 45 casos de forma cutáneo mucosa en la década de 1970, pasó a registrar más de 700 casos en los últimos cinco años, con un pico máximo de 1.517 casos en 1992. Las zonas con mayor riesgo son aquellos departamentos con numerosos procesos de colonización y asentamientos humanos nuevos, ubicados en o cerca de los bosques húmedos -Caaguazú y Canindeyú-. En el año 1997 se diagnosticó un caso de Leishmaniasis Visceral en un niño de Villa Elisa, área geográfica contigua a Asunción. El perro aparece como el principal reservorio del parásito.

Enfermedades no transmisibles:

La problemática relacionada con las enfermedades no transmisibles a su vez es compleja y requiere de investigaciones complementarias para caracterizar mejor la situación. No obstante se han iniciado actividades programáticas en distintas áreas que se comenta a continuación

Los últimos datos disponibles sobre enfermedades cardiovasculares corresponden a la prevalencia de factores de riesgo, determinada mediante una encuesta realizada por el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción entre 1991 y 1992. La encuesta se realizó en una muestra de 1.606 personas de ambos sexos, de edades entre los 20 y 70 años de edad, residentes en Asunción y algunas localidades del Gran Asunción.

Los resultados indicaron una prevalencia de diabéticos de 6,1 %, y un 11,5% de intolerancia a la glucosa. La hipertensión arterial estuvo presente en el 11,5% de los sujetos estudiados, donde al sexo masculino correspondió un 9,5% y al femenino un 12,4%. Los niveles de triglicéridos eran elevados en el 17,2% de los varones y en el 10,4% de las mujeres. El 53,8% de la población encuestada fue obesa (45,8% varones y 57,4% mujeres); el 40% presentó hábitos sedentarios, con mayor prevalencia en las mujeres de 30 a 49 años de edad.

En 1995 fueron registradas 5.537 defunciones atribuidas a enfermedades del aparato circulatorio (CIE-9: 390459), de ellas 2.013 correspondieron a enfermedad cerebro-vascular (CIE-9: 430438); 1.573 a infarto de miocardio y enfermedad isquémica (CIE-9: 410415), y 319 a hipertensión (CIE-9: 401-404). De las 5.537 defunciones de este grupo 4.535 (82%) fueron registradas como ocurridas en personas de 60 años y más de edad.

En 1995 se registraron 1.930 defunciones por tumores (CIE-9: 140-239), 12% del total de defunciones. La tasa de mortalidad por tumores para ambos sexos fue, en 1995, de 39,8 por 100.000 habitantes, presentando las mujeres una tasa de 46,3 y los hombres de 33,3 por 100.000 habitantes. En las mujeres, la tasa más alta correspondió a los tumores malignos del cuerpo y cuello uterino (12,3 por 100.000), seguida por los tumores malignos de mama (5,1 por 100.000) y de estómago (3,5 por 100.000). En los hombres la tasa más alta correspondió a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón (6,9 por 100.000), seguidas por los tumores de próstata (5,1 por 100.000) y de estómago (4,7 por 100.000)

En el mismo año, en las mujeres los tumores malignos del cuerpo y cuello de útero, de mama, estómago y las leucemias, aparecen en este orden como las cuatro primeras causas de muerte por tumores malignos, y totalizaron el 49,7% del total de las muertes registradas por dichos tumores. De las 295 muertes atribuidas a tumores malignos del cuerpo y cuello del útero, 120 fueron registradas como originadas en tumores del cuello uterino, y de ellas el 25% ocurrió en mujeres menores de 45 años.

Entre los hombres los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, y los de próstata, estómago y leucemias, constituyen los cuatro tumores más frecuentes como causa de muerte en dicho sexo, totalizando el 59% de las muertes registradas por tumores malignos.

Al analizar la mortalidad por cáncer en el Paraguay según la metodología de años de vida potencialmente perdidos -AVPP-, es de resaltar que se modifica el peso que las distintas localizaciones tienen en la mortalidad, debido a que adquieren más importancia los cánceres que afectan predominantemente a edad temprana de la vida. El ejemplo mas notorio es el de las leucemias que de ocupar el sexto lugar según el número de defunciones, pasa a un 1er. lugar al considerar los AVPP; el 66% de los casos de leucemias se produce en menores de 65 años y el 27% en menores de 20 años, siendo responsable de la pérdida prematura de 2.962 años. Una cuestión similar ocurre con los tumores del encéfalo, que a pesar de su baja frecuencia, adquieren peso porque el 90% ocurrieron en menores de 20 años; son responsables de la pérdida de 979 años. Los tumores del cuerpo de útero y de otros lugares no especificados de éste, son responsables de 1.457 años de vida perdidos prematuramente y los de mama de 1.142.

La desnutrición debida a ingesta inadecuada de proteínas y calorías no constituye un problema grave en el Paraguay; sin embargo, las enfermedades carenciales como las anemias, el bocio endémico y algunas hipovitaminosis presentan elevados niveles de morbilidad, afectando principalmente a la población menos favorecida económicamente. Según el Censo de Talla-Edad en escolares, realizado en 1993, la prevalencia de desnutrición crónica fue de 10,3% como promedio nacional; en áreas rurales esta tasa fue el doble, y en alumnos que asisten a escuelas estatales fue casi tres veces más elevada que en alumnos que asisten a escuelas privadas. El valor mínimo encontrado fue de 3,7% en Asunción, y el más elevado correspondió al departamento de Canindeyú con una tasa de 15,3%.

En 1995 fueron registradas 88 defunciones cuya causa básica fué atribuida a enfermedades de la nutrición, avitaminosis y anemias (CIE-9: 260-269; 280-285), de ellas el 37,5% se registraron en menores de 5 años.

Merece especial atención a las causas de mortalidad y morbilidad debidas a violencia:

Los accidentes y la violencia constituyen una causa importante de enfermedad, hospitalización y muerte. Los accidentes de tránsito son los mas frecuentes, le siguen los accidentes de trabajo y los ocurridos en el hogar. En 1995 el 58% de las defunciones por accidentes y violencia se produjeron en personas de 15 a 24 años, y el 24% en adultos de 25 a 44 años de edad; el 80,1% correspondió a hombres.

En los cuatro primeros meses de 1995 aumentaron en un 40% las víctimas fatales en accidentes de tránsito con relación a los cuatro primeros meses de 1994; mientras en 1994 fallecieron 93 personas, en 1995 fallecieron 130; en 1994, se registraron 461 accidentes de tránsito y en 1995 se produjeron 761 accidentes.

El 51,9% del total de defunciones registradas por accidentes ocurrieron en tres regiones sanitarias: Central, Asunción y Alto Paraná. En ésta última región, los accidentes constituyen la segunda causa de muerte y los homicidios la tercera; una de cada cinco defunciones que ocurren en todo el país debida a homicidios se registra en Alto Paraná

Homicidios:

En el mismo año se registraron 515 defunciones por homicidios (CIE-9: 960-969) constituyendo el 3,2% del total de defunciones registradas; del total de homicidios el 91% ocurrieron en personas del sexo masculino. El grupo de edad más afectado fué el de 25 a 34 años que acumuló el 28,3% de las muertes por homicidios, le sigue el grupo de 15 a 24 años con el 26,4%, y el de 35 a 44 con el 19,2%.

Suicidios:

En 1995 fueron registradas 121 defunciones por suicidio (CIE-9: 950-958) de las que el 70% correspondieron a personas de sexo masculino.

Salud Mental:

En 1991, se realizó un estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en personas de 12 a 45 años residentes en las diez ciudades más pobladas del país. Según dicho estudio el abuso de algún sedante, hipnótico o estimulante alcanzó el 10,3% de la población estudiada, y el abuso de anfetaminas fue del orden del 4,6%. El 32,4% de los encuestados fumaba o había fumado, de los que el 13,5% fumaba regularmente, y el 10,0% fumaba más de 10 cigarrillos diarios. La prevalencia del consumo de marihuana era de 1,4%; la del uso de clorhidrato de cocaína de 0,3%; la del consumo de analgésicos ligado a posibles efectos no terapéuticos de 3,0%; y el consumo global era del 70,6%. El uso de sustancias inhaladas alcanza al 2,5%, y el de sedantes sin prescripción médica, al 6,6%. Las dos sustancias más utilizadas son el alcohol y los analgésicos.

Salud Oral:

En 1995 se realizó una encuesta para determinar el índice CPO pero sus resultados no están aun disponibles. Según estudios realizados en 1989, el mayor problema de salud oral son las caries dentales, que afectan al 98% de los escolares y al 100% de los adultos.

3. PROMOCION, PREVENCION Y EDUCACION PARA LA SALUD

3.1. PROMOCION

Los determinantes más comunes del estado de salud de las poblaciones están relacionados con los indicadores del nivel de vida como: la alimentación y nutrición, educación, consumo, situación del trabajo, vivienda, vestuario. Así como recreación, seguridad social, garantía de las libertades públicas, las condiciones del medio ambiente, los estilos de vida etc., por ello las acciones más importantes dirigidas al mejoramiento de la salud se realizan tanto dentro como fuera del sector salud. El potencial impacto de cada uno de estos factores sobre la salud de la población es poco analizada por los niveles de decisión, por cuya razón no son atendidas con prioridad, actualmente con la reforma del sector, liderada por el Ministerio del ramo se vienen implementando los Consejos: Nacional, Regional y Local de salud, que permiten identificar las acciones que correspondan realizar a cada actor y cuya incidencia permitirá mejorar los indicadores del nivel de vida y por ende el de la salud, con la participación comunitaria y de las autoridades sectoriales y extrasectoriales.

El gobierno a través de la Secretaría de Acción Social, ha elaborado un Plan Estratégico de Desarrollo Social, donde se definen los programas a llevarse a cabo, con anterioridad estas se ejecutaban por medio de acciones desarticuladas y con limitada coordinación interinstitucional, sin responder efectivamente a expresas políticas públicas.

Se fomentan y promueven la modificación de comportamientos nocivos para la salud, a través de programas con estilos de vida saludables, en los distintos sectores e instituciones, si bien la misma se realiza en forma irregular y poco sistematizada.

El Ministerio de Salud ha participado en la elaboración de estrategias y programas para la educación formal de salud (que prioriza la práctica de hábitos saludables) incorporados en la vigente reforma educativa del Ministerio de Educación y cuyos pilares lo constituyen: la educación ambiental, familiar y democrática.

La educación informal se desarrolla en el ámbito de los servicios de salud, en las escuelas, lugares de trabajo, clubes sociales, deportivos y culturales, dirigidos a la comunidad.

Los medios masivos de comunicación juegan un rol preponderante en la difusión de hábitos y costumbres saludables, como también difunden, a través de espacios publicitarios, actitudes nocivas para la salud como el consumo de alcohol y tabaco, etc.

La globalización actual permite identificar estilos de vida diferentes, que requieren de programas integrados y específicos para cada grupo social, que faciliten a todos el acceso en forma equitativa a los bienes materiales y otros valores sociales, fundamentalmente a la educación e igualdad de oportunidades que se hallan limitados dentro de varios sistemas e instituciones que necesitan reformarse, ej: sistemas financiero y de provisión de servicios sociales.

Los procesos de descentralización y democratización (en el que está inmerso el país) encuentra en los municipios la base necesaria para implementar las reformas o cambios, así como para reorganizar y orientar el sector salud, de manera a convertirse en una instancia de conducción política dando la posibilidad a las poblaciones y organizaciones locales a que expresen sus demandas y participen en la elaboración de estrategias para las soluciones.

La municipalización de la salud ha seguido una ruta de desarrollo simultánea a los procesos de descentralización y democratización, es así como su componente más importante *"la participación social y comunitaria"* es un ejercicio colectivo reciente con la formación de los Consejos Locales de Salud, apoyados por los Consejos Regionales y la transferencia de recursos de salud. Algunos municipios han organizado comisiones de salud cuya participación esencial se basa en la modificación del medio natural o del entorno favorable para la salud.

El proyecto-estrategia *"Municipios Saludables"*, integra el esfuerzo de los diferentes sectores incluyendo los específicos del sector para lograr la promoción de la salud y el bienestar en el contexto local. Este proyecto se halla en etapa de ejecución.

Se ha conformado por Resolución Ministerial, un Comité Ejecutivo Interinstitucional (CEI) integrado por representantes gubernamentales, no gubernamentales, empresas privadas y medios de comunicación para llevar adelante este proyecto y será responsable de promover la firma del convenio Salud-Educación para la incorporación de las *"escuelas saludables"*, incorporar la cooperación técnica y financiera de las agencias de cooperación externa, así como la movilización de los recursos técnicos y financieros de las instituciones públicas y privadas locales.

3.2. PREVENCION DE ENFERMEDADES

Este capítulo se halla ligado estrechamente al análisis epidemiológico que revela el perfil de salud del país a través de la morbi-mortalidad, es decir, de qué, dónde y cómo enferma o muere la gente, para conocer las causas que lo provocan y controlarlas a través de la aplicación de los conocimientos, (por las autoridades competentes y la sociedad civil) para lograr una mejor calidad de vida para la población. Estas investigaciones se traducen, en el ámbito de la Salud Pública en programas de control de las diferentes enfermedades.

La globalización también afecta al perfil epidemiológico.

Los grupos de población priorizados por los programas están constituidos por aquellas personas que se hallan en situación considerada de riesgo, así el grupo etario menor de 5 años y las mujeres en edad de 15 a 45 años (en edad fértil), focalizados a su vez en los menores de 1 año y las madres.

Las causas más frecuentes de mortalidad general están dadas por las enfermedades cardiovasculares, las causas externas y tumores. En el primer caso, el Ministerio desarrolla un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares, que contempla acciones de carácter educativo, preventivo, de investigación, asistencial y de rehabilitación.

Las muertes violentas afectan en mayor proporción a jóvenes y personas del sexo masculino, constituyendo otra causa de morbi-mortalidad importante en estos grupos y en constante aumento.

Las acciones de control de la morbi-mortalidad por causas externas están dirigidas, fundamentalmente, hacia acciones curativas más que preventivas; sin embargo, en el ámbito municipal se vienen desarrollando planes de coordinación intersectorial para la prevención de accidentes y muertes violentas. El Ministerio de Salud desarrolla campañas de prevención del alcoholismo identificado como una de las múltiples variables que inciden en el origen de dichas patologías.

El Registro Nacional de Tumores ha sido constituido con el objeto de organizar y sistematizar la información referente a los tumores e identificar la problemática con el fin de desarrollar un programa integral de control, teniendo en cuenta todos los servicios de salud que prestan asistencia especializada y coordinar las acciones entre los distintos sectores responsables, entre otros, de prevenir la aparición de estas enfermedades y diagnosticarlas precozmente.

En los menores de 5 años, las causas más frecuentes de morbi-mortalidad son las neumonias, diarreas y lesiones debidas al parto, que cuentan con programas específicos. De hecho, en los últimos 20 años se ha observado una marcada disminución en la tasa de mortalidad por éstas causas, debido a las intensas campañas de educación, al esfuerzo realizado para la extensión de los servicios de salud y a la distribución del suero oral, entre otros. El uso del suero oral como tecnología simple, barata y eficaz, accesible a toda la población, evidencia la necesidad de descubrir, enfatizar, utilizar o promocionar, el uso de otras tecnologías similares para el control de enfermedades.

En el grupo de mujeres en edad fértil, la mortalidad relacionada al embarazo, parto y puerperio es significativa ya que el Paraguay registra una alta tasa de mortalidad materna debida a causas relacionadas con las mismas, y facilitadas por alta tasa de fecundidad (en especial del área rural), falta de educación en salud reproductiva en hombres y mujeres; escasa información sobre el funcionamiento del cuerpo humano y de los factores de riesgo reproductivo, servicios de salud con acceso limitado a la tecnología y escasa responsabilidad del hombre en su rol reproductor.

Por constituir los menores de 14 años, una población mayoritaria (41% del total), el Ministerio de Salud tiene un Programa de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia, con el fin de brindar una especial atención y continuar investigando la situación de salud que afecta a éste grupo etario.

Causas de morbilidad general: infecciones respiratorias, parasitosis, anemia parasitaria, diarreas, infecciones de piel, hipertensión arterial, causas externas, desnutrición y bocio, son algunas de las principales enfermedades prevalentes registradas e informadas por los servicios de salud del Ministerio cuya atención prioriza al grupo materno-infantil.

El Ministerio cuenta con programas de atención a estas enfermedades que son realizadas por los servicios de salud distribuidos en todo el territorio nacional, sin que estas logren el impacto deseado ya que el origen de las mismas está identificado entre los indicadores de pobreza. Por ello es necesario asumir un compromiso más efectivo por parte de otros sectores y se involucren en el Plan Estratégico de Desarrollo Social, para prevenir la aparición de estas enfermedades altamente evitables.

En resumen, los programas del Ministerio de Salud están dirigidos a grupos específicos de la población y a problemas de salud prioritarios. Estos corresponden al área de: salud reproductiva; atención integral de la niñez y adolescencia, que comprende varios programas entre ellos el control de las infecciones respiratorias, las diarreas, y la nutrición; control de las enfermedades de transmisión sexual y Sida; control de enfermedades transmitidas por vectores; programa de disposición de aguas y excretas; control de enfermedades no transmisibles: bocio, hipertensión y diabetes; control de enfermedades inmunoprevenibles; control de adicciones por drogas y alcohol; control de enfermedades crónicas transmisibles: lepra, tuberculosis; programas de Salud Oral y Salud Mental.

Estos programas contemplan, en general, actividades de educación formal e informal a la población, organización social, atención médica y odontológica, de enfermería, de medios auxiliares de diagnóstico y asistencia social a las personas sanas y enfermas, vigilancia epidemiológica, capacitación a los recursos humanos, provisión de medicamentos e insumos, registro y sistema de información, así como cuidado del medio ambiente.

En cada uno de los programas implementados por el Ministerio se aplican criterios de focalización con acciones hacia áreas geográficas especificas (urbana, rural o marginal), grupos etarios, grupos humanos en situación de riesgo para priorizar dichas acciones. El Ministerio de Salud, a través de sus establecimientos, asiste a la población en general, priorizando sus servicios al sector más carenciado del país, a pesar de contar con establecimientos distribuidos en todo el territorio, la cobertura brindada solamente llega al 33% de la población, por lo que en la actualidad se articulan acciones conjuntas a través del Sistema Nacional de Salud, con otras instituciones sectoriales y extrasectoriales de salud para resolver esta problemática.

Los programas están dirigidos y gerenciados por unidades, departamentos o jefaturas del nivel central que interactúan en forma vertical hasta que los niveles regionales y locales tengan competencia.

Los programas educativos en salud son las actividades más compartidas por otras instituciones extrasectoriales como organizaciones no gubernamentales, empresas e iniciativas privadas y medios de comunicación.

Organizaciones no gubernamentales realizan programas preventivos de promoción, curación y rehabilitación, específicos de salud pública, atención médica; ejemplo: Programas de Salud Reproductiva por CEPEP, (Centro de Estudios de Población) y educativas por otras.

Se requiere analizar o evaluar la eficiencia y eficacia con que se llevan a cabo estos programas de salud para conocer cúal es la relación costo/beneficio, la calidad y el logro de los objetivos. Las evaluaciones realizadas se basan fundamentalmente en cuestiones de forma, con escasa coordinación entre las unidades ejecutoras y con un sistema poco operativo de retroalimentación, impidiendo el buen uso de la información existente y la adecuada toma de decisiones.

4. ANALISIS POLITICO, INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL

4.1. POLITICA NACIONAL DE SALUD

La Constitución Nacional de 1992 en su capítulo del Derecho a la Salud dice: ***"El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad".***

También expresa que nadie será privada de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y accidentes.

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".***

Las estrategias del Programa de Gobierno de la administración actual del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) son:

1. Fortalecer la rectoría del MSP y BS en el proceso de descentralización, participación social y búsqueda de la equidad;
2. Priorizar la asistencia sanitaria básica en los sectores sin cobertura;
3. Desarrollo de los recursos humanos;
4. Fortalecer los Sistemas Locales de Salud con base en la participación ciudadana;
5. Establecer un Sistema Nacional de Información en Salud; y
6. Crear el Sistema Nacional de Salud (SNS) para complementar y coordinar a todos sus actores, mejorar la atención de la demanda y ampliar las coberturas de los servicios.

4.2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En diciembre de 1996 la Presidencia de la República promulgó la Ley N° 1.032 que crea el SNS, como parte de la estrategia de Reforma del Sector, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. Pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones intersectoriales e intrasectoriales concertadas.

La coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud (CNS), formado por todas las instituciones del sector y otras relacionadas (Ministerios de Hacienda y Educación, etc), y presidido por el Ministro de Salud.

El SNS busca:

a) mejorar el acceso efectivo a la atención de salud;

b) evitar la duplicación de la oferta de servicios;

c) corregir la coordinación intrainstitucional e intersectorial, y la implementación de la descentralización;

d) mejorar el rendimiento de los recursos;

e) abrir la participación social y comunitaria; y

f) mejorar la coordinación de todos los esfuerzos de cooperación técnica al proceso de reforma sectorial.

La Ley de creación del SNS explicita la separación de funciones e incorpora a la red de establecimientos e instituciones públicas, tres direcciones ejecutivas, el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud y la Dirección Médica Nacional.

4.2.1. Constituyen los valores fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

a) **Equidad**, orientar los recursos hacia los grupos más vulnerables;

b) **Solidaridad**, contribuir en función de sus recursos y recibir según sus necesidades;

c) **Atención integral**, acceso de toda la población a los servicios que el país defina;

d) **Eficacia y eficiencia**, obtener los resultados programados, utilizar bien los recursos, elevar la productividad y mejorar la gestión;

e) **Calidad**, definir estándares de atención, humanizar los servicios, acreditar y auditar, con énfasis en la percepción de usuarios y los tiempos de espera;

f) **Libre elección**, abrir el sistema para que el beneficiario seleccione el Plan de Salud y el Prestador que estime más adecuado;

g) **Descentralización**, transferir atribuciones técnicas, administrativas y recursos al nivel regional y local;

h) **Participación y control social**, promover el compromiso ciudadano y comunitario en la preservación de la salud individual y familiar, y en el control de las instituciones; y

i) **Complementariedad público-privada**, integrar ambos sectores para aumentar la oferta en condiciones de máxima transparencia y utilización de los recursos.

4.2.2. Acciones prioritarias del gobierno en el sector salud.

El Plan de Gobierno para el período 1993-1998, señala para el sector salud las siguientes diez acciones prioritarias:

1. Asistencia sanitaria básica a poblaciones de escasos recursos;
2. Organización y funcionamiento de los servicios de salud en consonancia con la demanda de atención según niveles de complejidad;
3. Asignación y distribución racional y equitativa de los recursos en salud con base en la descentralización y participación interinstitucional;
4. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud;
5. Acceso de la población a los medicamentos esenciales;
6. Desarrollo de infraestructura y dotación de tecnología apropiada;
7. Saneamiento básico y provisión de agua potable;
8. Participación social y comunitaria en salud;
9. Coordinación intra e intersectorial de las instituciones públicas y privadas; y

10. Iniciar el Sistema Nacional de Salud en consonancia con los principios solidarios de la seguridad social y la implantación progresiva del Seguro Médico Nacional.

Estas acciones prioritarias se expresan en los objetivos a corto, mediano y largo plazo.

4. 3. LEGISLACION DEL SECTOR SALUD

La salud es un derecho fundamental de la persona y de la comunidad siendo obligatorio su sometimiento a las medidas sanitarias que establece la ley. La Constitución Nacional de 1992 garantiza el derecho a la vida y a la salud.

El SNS, enunciado en la Constitución y formalizado por ley, debe prestar servicios a todas las personas mediante programas y acciones de promoción, recuperación y rehabilitación; regular la oferta de seguros de salud y servicios de los subsectores público, privado o mixto y velar por el control de calidad de las prestaciones de salud y de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos. La misma Ley crea el Consejo Nacional de Salud.

El Código Sanitario, aprobado por Ley 836 del 4 de diciembre de 1980, fija el ámbito de desempeño del Estado respecto de la salud de las personas y las relaciones entre ellos, y establece las responsabilidades en cada uno de los capítulos (por ejemplo: el registro y habilitación de los profesionales radicados en la Dirección de Control de Establecimientos y Profesiones de Salud del MSP y BS). Es anterior a la ley que crea el SNS.

Establece que la salud de la familia es un derecho para todos los habitantes y que el MSP y BS programará y ejecutará acciones relativas a la salud de grupos específicos (ej.: área materno-infantil). Asigna responsabilidades tanto para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles como para otras acciones sobre la salud de las personas. El Código Sanitario incluye las infracciones, sanciones, procedimientos y prescripciones, y además, contempla facultades para declarar estado de emergencia sanitaria.

El análisis jurídico identifica disposiciones (y sus consecuencias), que no responden a la realidad social y económica actual; por ejemplo: las cláusulas punitivas económicas se traducen en montos irrisorios que de hecho, aunque se pagan, no ponen freno al incumplimiento de las normas. Además, existen situaciones que no están contempladas en él, como por ejemplo: en el caso de las medidas de prevención y protección frente al SIDA. Existen leyes, decretos, resoluciones, reglamentos, etc., que regulan el funcionamiento del Sistema Sanitario de la República, pero que al carecer de una compilación, compatibilización y difusión adecuada, no facilitan su cumplimiento.

El Código Sanitario se encuentra en revisión y reglamentación por parte de una Comisión Interinstitucional conformada por representantes de los Poderes Ejecutivo y Legislativo, de la Facultad de Ciencias Médicas, Círculo Paraguayo de Médicos y Coordinadora Intersindical.

4.4. LOS OBJETIVOS DE LA REFORMA

La Reforma de Salud tiene como objetivo principal mejorar la equidad, la calidad, la eficiencia, la sustentabilidad financiera y la participación social.

A partir de las diez acciones prioritarias para el sector salud, enumeradas en el Plan de Gobiemo para el período 1993-1998, fueron establecidos los objetivos para el corto, mediano y largo plazo que se mencionan a continuación:

4.4.1. Objetivos a corto plazo

- Reorganizar el Consejo Nacional de Salud. Basado en la ley, realiza la coordinación institucional y actúa como foro participativo de discusión. Ha priorizado la formación de la Superintendencia de Salud y la

Dirección Médica Nacional. Quedan pendientes: El Plan Nacional de Salud, el Fondo Nacional de Salud y el Seguro Médico Nacional.

- Fortalecer el Instituto Nacional de Salud. Está controlando a todas las entidades formadoras de recursos humanos técnicos, así como cursos de postgrado en gerencia de servicios, salud pública y administración hospitalaria. Tiene en desarrollo un programa de investigación operativa y en preparación un proyecto de reingeniería del Instituto.

- Ejecutar el Plan Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y disminuir la mortalidad materno-infantil. Los contenidos del PNSR forman parte de los proyectos de salud materno-infantil en desarrollo en conjunto con el BID y el BM. Afianzar el Plan Nacional de Vacunación. Mantienen las coberturas de los programas nacionales pero con riesgo de no cumplimiento del compromiso de erradicar el sarampión.

- Desarrollar educación sanitaria y participación con municipios, gobernaciones, comisiones de salud y otras organizaciones. Hay un amplio trabajo conjunto con los municipios del país, incluso Asunción con la creación de municipios saludables y programas de control de la rabia canina.

- Fortalecer la autogestión de Servicios Básicos Comunitarios de Salud, en los centros y puestos de salud de la comunidad, con apoyo del MSP y BS.

- Fortalecer la descentralización de los programas y servicios de salud. Se ha planteado la Programación Local y se han realizado reuniones locales, regionales y nacionales de control de gestión de dicha programación.

- Desarrollar programas de atención sanitaria básica para grupos vulnerables y otras áreas desprotegidas de salud. La reciente creación (y su respectivo rubro presupuestario) de la Dirección General de Asentamientos Rurales e Indígenas, pretende coordinar los programas nacionales con las regiones sanitarias.

- Fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica de enfermedades carenciales (bocio, anemia, avitaminosis), parasitosis, SIDA, cólera, paludismo, chagas, rabia, accidentes y otros daños prevalentes.

- Formular y ejecutar el Programa de Control de Producción, Distribución, Utilización y Calidad de los Medicamentos. Afianzar las Farmacias Sociales y el Fondo Rotatorio de Medicamentos. Desde hace un año, por medio de un Convenio con la Universidad Nacional de Asunción se efectúa control de calidad de los medicamentos que solicitan registro. Aunque se pretende realizar control periódico, hasta ahora solo se practican revisiones puntuales.

- Ejecutar el Programa de Control de Alimentos y de Yodización de la Sal. Un punto central es la creación del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición para pasar del registro al control de calidad y seguimiento. Se ha logrado la Yodización de la sal y empezaron a adicionar hierro y vitaminas en la harina. Resalta la necesidad de crear un marco legal moderno en torno al tema.

- Desarrollar unidades operativas en áreas periurbana y rural. Se están creando Centros de Bienestar del Niño y la Familia (CEBINFAs) con financiamiento para equipamiento y capacitación, basados en la comunidad y autosustentados.

- Fomentar intercambio con los países y agencias de cooperación. Hay intentos serios para coordinar la cooperación internacional.

- Fortalecer el Programa Nacional de Pasantías Rurales y Residencias Médicas. Se hizo un programa nacional compartido con las universidades para hacer efectivos tres meses de pasantías rurales y normalizar las residencias, para profesionales de salud (médicos, bioquímicos y odontólogos).

- Reestructurar el SENEPA como parte del sistema regionalizado de salud. No hay avances a la fecha.

4.4.2. Objetivos a mediano y largo plazo

- Elaborar modelos apropiados para desarrollar el SNS. Existe la propuesta de creación de la Superintendencia de Salud, en desarrollo la de la Dirección Médica y pendientes las del Fondo Nacional de Salud y la del Seguro Médico Nacional.

- Afianzar el proceso de gestión técnica y administrativa de los programas y servicios. Un esfuerzo importante se está realizando para capacitar mandos medios con cursos de gerencia y de epidemiología (a distancia, y con el apoyo del Centro Nacional de Epidemiología de Argentina), junto con los cursos de postgrado para Salud Pública y Administración Hospitalaria.

- Fortalecer los Programas de Prevención y Educación para la Salud. Existe importante apoyo a la estrategia de comunidades saludables y especial énfasis en educación para prevenir accidentes de tránsito por los medios de comunicación.

- Eliminar el sarampión y tétanos neonatal. El brote actual de sarampión pone en riesgo el cumplimiento del compromiso de eliminarlo para el año 2000. El tétanos neonatal persiste con un promedio de 10 casos anuales y es necesario reorientar la estrategia de vacunación hacia áreas y grupos de riesgo.

- Mejorar el acceso a los servicios de salud e implementar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y de emergencias médicas. Solo se dispone de alguna referencia en Asunción donde también, se ha desarrollado un sistema de atención prehospitalaria que dispone de un teléfono de acceso único al centro regulador el que orienta o despacha un vehículo equipado de acuerdo con la gravedad del caso.

- Mejorar la cobertura del abastecimiento de agua potable. Tarea en conjunto con SENASA, desarrollando proyectos de saneamiento básico con cooperación técnica y crediticia.

- Diseñar e implementar un Sistema de Infommación en Salud. Fue creada una Unidad de Informática en el MSP y BS pero tiene equipamiento y capacitación insuficientes.

- Desarrollar cursos y jornadas de capacitación gerencial. Los cursos se han desarrollado en el INS.

- Desarrollar proyectos de investigación clínica, operativa y epidemiológica. Cursos de Investigación en Servicios de Salud se han realizado en el INS con respaldo de la Red Latino Americana de Investigación en Servicios de Salud.

4.5. ACTORES PRINCIPALES

La atención de la salud es responsabilidad de dos subsectores: i) el subsector público, conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad Policial, Universidad Nacional de Asunción, Municipios, Gobernaciones y un conjunto de entes autónomos y empresas estatales descentralizadas y, ii) el subsector privado, constituido por universidades privadas, instituciones privadas sin fines de lucro (ONG's por ejemplo) e instituciones privadas con fines de lucro (hospitales y clínicas privados). La Cruz Roja Paraguaya es una institución mixta.

4.5.1. Instituciones del subsector público de salud.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS):

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la autoridad principal del Poder Ejecutivo encargada de proteger la salud de la población. Creado en 1936, dispone de 1.471 médicos, 234 odontólogos, 94 bioquímicos y

químicos farmacéuticos, 398 licenciadas en enfermería y obstetricia, 916 técnicos y 2.752 auxiliares cuyas funciones son cumplidas en 1 hospital general, 3 hospitales especializados, 9 hospitales materno-infantiles, 15 hospitales regionales, 124 centros de salud, 539 puestos de salud y 2 consultorios especializados, (total 695 establecimientos, con 3.268 camas). Registra los recursos humanos, los establecimientos de salud y los medicamentos. Sus recursos financieros provienen del Presupuesto General de la Nación. Tiene un sistema regionalizado de establecimientos de salud cuyas áreas geográficas corresponden a la división política del país.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DEL MSP Y BS SEGUN COMPLEJIDAD

FUNCIONES	Niveles de Atención	Unidades de de oferta	Niv. de Complej.	Población Asignada
Atención ambulatoria y hospitalización especializada y sub-especializada. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite alta tecnología y mayor grado de especialización. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	IV Especializado	Hospital Especializado	8	Demanda Nacional
		Hospital General	7	
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización con cuatro especialidades básicas y otras prioritarias. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite mediana tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	III Básico Complementario	Hospital Regional	6	Más de 120.000 habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización con cuatro especialidades básicas. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite baja tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar.		Hospital Distrital	5 4	Area Metropolitana del Gran Asunción. Más de 100.000 Habitantes. Otras áreas país 15 a 40.000 habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención ambulatoria y hospitalización general. Apoyo diagnóstico y terapéutico que amerite baja tecnología. Por personal profesional, técnico y auxiliar.	II Básico	Centro de Salud	3	6 a 15.000 habitantes
Promoción y protección de la salud. Atención elemental de la patología local más frecuente y partos de bajo riesgo por personal auxiliar.	I Primario	Puesto de Salud Dispensario	2 1	Menos de 5.000 habitantes Menos de 1.000 habitantes

Hay cuatro niveles de atención y la estructura organizacional del MSP y BS es compleja, basada en 11 Direcciones Generales que reportan al Ministro de Salud, con departamentos cuyas denominaciones revelan superposición de funciones.

Instituto de Previsión Social (IPS)

Creado en 1943, su carta orgánica fue sancionada en el año 1992 y modificada en el año 1998. Su misión es cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, sobrevivencia y muerte de los trabajadores asalariados. El sistema es de reparto y el financiamiento se origina a partir de los aportes sobre la renta imponible, siendo el 14% del empleador, el 9% del trabajador y el 1,5% de parte del Estado.

Existe un Programa no contributivo que asegura por enfermedad y maternidad a excombatientes y familiares de la Guerra del Chaco, además de un régimen de privilegio para funcionarios del Magisterio (oficial y privado), empleadas domésticas de Asunción y trabajadores de entes autárquicos.

Las prestaciones de salud incluyen atención médico-quirúrgica, dental, farmacéutica, hospitalización y subsidio por reposo. Se relaciona con otras instituciones prestadoras de servicios. Dispone de 1.039 médicos, 135 odontólogos, 132 químicos y bioquímicos, 235 licenciadas en enfermería y obstetricia, 389 técnicos y 799 auxiliares que se desempeñan en 106 establecimientos (1.063 camas) con 5 niveles de complejidad:

Nivel I. Puestos Sanitarios tipo "B". Prestan servicios de promoción, vacunación y atención de patologías frecuentes. Existen 43.

Nivel II. Puestos Sanitarios tipo "A". Prestan servicios ambulatorios de medicina general y odontología. Existen 29.

Nivel III. Unidades Sanitarias (US). Agregan servicios de especialidades (cardiología, dermatología, obstetricia, pediatría, cirugía mayor y menor y otras). Dispone de camas de internación y partos. Existen 20 US, 5 Clínicas Periféricas y 1 de Rehabilitación.

Nivel IV: Hospitales Regionales (9) Prestan atención ambulatoria y de internación en medicina y especialidades. Realizan cirugía mayor y menor y atención de partos.

Nivel V: Hospital Central (1), de mayor complejidad, con 680 camas y 22 especialidades. Actúa como centro de referencia.

Organizada en cuatro Direcciones: a) Jubilaciones b) Médica c) Financiera y d) Administrativa.

Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas:

La Sanidad de las Fuerzas Armadas (SFA) atiende al personal militar, activos y en retiro, a sus familiares, y a la población con difícil acceso a centros de asistencia sanitaria. En este último caso, la SFA atiende a la población civil en ausencia de centros asistenciales sean públicos o privados, en el marco de la acción social de ellas.

Asunción cuenta con el Hospital Militar Central, con 250 camas, y el Hospital San Jorge (ubicado en el Primer Cuerpo de Ejército) con 60 camas, tres hospitales en unidades castrenses en el interior del país.

Los recursos financieros provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación que se otorga anualmente al Ministerio de Defensa.

Servicio de Sanidad Policial

Presta atención sanitaria a funcionarios, ex funcionarios, familiares y presidiarios. La atención más compleja se realiza en el Policlínico Policial de Asunción (80 camas), tiene 22 Puestos de Enfermería en las principales Unidades Policiales, atendidos por 123 médicos, 38 odontólogos, 16 químicos, 12 licenciadas en enfermería y obstetricia, 23 técnicos y 37 auxiliares. Sus recursos son del Presupuesto General de Gastos de la Nación, del rubro de la Policía Nacional.

INPRO

El Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales, es una unidad asistencial dependiente del Ministerio de Educación y Culto.

Universidad Nacional

La Universidad Nacional forma recursos humanos en diferentes facultades como, la de Medicina, Hospital Neuropsiquiátrico, Odontología, Química y Psicología, además presta servicios asistenciales semigratuitos. Los fondos de las facultades provienen del Presupuesto Universitario.

El Hospital de Clínicas, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas cuenta con 820 médicos, 6 odontólogos, 44 bioquímicos y químicos farmacéuticos, 118 licenciadas en enfermería y obstetricia, 41 técnicos y 308 auxiliares (451 camas, sin incluir las del Hospital Neuropsiquiátrico).

Gobernaciones Departamentales

El Gobernador y la Junta son electos popularmente cada 5 años. Por Ley, el Secretario de Salud de la Gobernación es la autoridad máxima del Consejo Regional de Salud y coordina con los Municipios del Departamento y con el gobierno central. Hasta la fecha se han conformado 15 Consejos Regionales y 111 Locales entre cuyas funciones les corresponde participar en la administración de los servicios de salud del área de influencia.

Hasta ahora, la administración es centralizada pero se piensa que a partir de 1998, la organización y financiamiento será traspasada a los Consejos Locales con lo que podrá asumir la administración directa de sus establecimientos.

Entes Autónomos y Empresas Estatales Descentralizadas

Empresas públicas descentralizadas ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. Corresponden a Itaipú Binacional (IB) y a Yacyretá (EBY). Aportan recursos para programas preventivos y fortalecimiento de la asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

4.5.2. Organizaciones Mixtas

La Cruz Roja Paraguaya cuenta con un hospital maternal de 125 camas. Es financiada con aportes de la Fundación La Piedad (organización privada sin fines de lucro). Los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son financiados por el MSP y BS.

4.5.3. Instituciones del Subsector Privado.

Universidades Privadas

La Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción posee una Facultad de Medicina con su hospital escuela en la Ciudad de Villarrica. En la ciudad de Asunción se encuentra la Universidad del Norte y la Universidad Autónoma de Asunción, que cuentan con las carreras de Odontología, Medicina y Enfermería. Los recursos de estas carreras, son manejados por sus correspondientes Consejos Directivos.

Instituciones Privadas sin fines de lucro

Las instituciones privadas sin fines de lucro brindan atención médica directa, Cámara Junior, Clubes de Leones, Derechos del Niño Deficiente (DENIDE), la Asociación de Padres y Amigos de Deficientes Mentales y Físicos (APADEM), Fundación Banco de Ojos, etc. Además debemos hacer notar que existen alrededor de 20 ONGs en todo el país, que aportan al sector.

Instituciones Privadas con fines de lucro

Las instituciones privadas, con fines de lucro, son los seguros de asistencia médica, los hospitales, clínicas, sanatorios, policlínicos, consultorios, farmacias, laboratorios y otros. Los seguros de asistencia médica privada son provistos por empresas que mediante un contrato de afiliación voluntaria y a través del sistema de prepago, brindan un servicio fundamentalmente asistencial. El grupo es heterogéneo. Un caso particular es el de Ayuda Mutual Hospitalaria (cubre a los indígenas del Chaco Central, unas 18.000 personas, mediante un seguro financiado con aportes por parte del trabajador (5% del salario) y del patrón -10%-). El seguro cubre los gastos de consultas, internación y medicamentos del trabajador y su familia, incluyendo 1 mes de desempleo. Abarca a todos los grupos indígenas del Chaco Central y tiene validez en todos los centros asistenciales menonitas.

4.5.4. Otras Instituciones del Sector Salud

Se pueden mencionar otras organizaciones vinculadas en forma directa o indirecta como las agencias internacionales de cooperación y las asociaciones gremiales. Las agencias de cooperación, bilaterales o multilaterales, aportan en bienes de capital y con donaciones, con asesoría técnica y con oportunidades de capacitación. Se tratan en el capítulo 7.

Finalmente, deben mencionarse el accionar de los gremios, sindicatos, cooperativas, asociaciones de empleados y de profesionales de la salud (médicos, odontólogos, bioquímicos, enfermeras, etc.), así como las asociaciones de propietarios de farmacias, de sanatorios y otros centros privados de asistencia sanitaria.

4.6. LAS FUNCIONES

Una forma de enfocar el análisis institucional es mediante la descripción de las funciones básicas del sistema de atención a las personas.

4.6.1. Función de Regulación.

Consiste en preparar, discutir, aprobar, publicar y vigilar el cumplimiento de las disposiciones aplicables al sector salud. Suele corresponder al sector público.

El Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica (CEMIT), por encargo del MSP y BS, realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos. El Laboratorio Central de Salud Pública autoriza y registra la habilitación para todos los laboratorios de análisis clínico. No realiza acreditación ni evaluación continuada. No hay regulación de las empresas de seguros médicos, ni tampoco hay un sistema de evaluación de estándares para los prestadores.

La notificación de enfermedades transmisibles es obligatoria desde 1915, pero está limitada a los servicios públicos (en menor medida los del IPS). Es parte del sistema la evaluación sanitaria de puertos, aeropuertos y terminales terrestres. El Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), es el organismo responsable del control y protección de alimentos (tema relevante para el Tratado del MERCOSUR).

4.6.2. Función de Financiamiento.

Hay estudios de ingresos (Encuesta de Hogares. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos). Se carece de estudios de gasto desagregado en salud, recientes y periódicos. Solo hay información del Presupuesto General de la Nación y de su expresión en el Presupuesto del MSP y BS. Las cuentas nacionales refieren solo el gasto público y el gasto privado y el IPS no separa sus cuentas de salud. No existen estudios actualizados de financiamiento, de costo de prestaciones, ni de eficiencia en el gasto. Se desconoce la proporción destinada a atención primaria y la asignación sigue la base histórica correspondiendo el mayor peso relativo a salarios.

Las fuentes de financiamiento son mixtas (Presupuesto General de la Nación, cotizaciones del trabajador y del empleador), con precario control de procesos y resultados. Los establecimientos públicos disponen de aranceles que no corresponden a los costos reales y sus ingresos se transfieren al Ministerio de Hacienda.

El financiamiento del sector privado depende de las primas pactadas en base a distintos planes (empresas de medicina de prepago) y por el pago directo libremente pactado entre el usuario y los prestadores privados.

No hay una entidad separada que cumpla explícitamente la función de financiamiento, aunque ha sido enunciada en la propuesta del Sistema Nacional de Salud como Fondo Nacional de Salud. Es una preocupación actual de la autoridad de salud.

4.6.3. Función de Aseguramiento.

Determina el conjunto de prestaciones al que una población tiene derecho a cambio de un cierto pago. Pueden ser públicos y privados, y con o sin prestadores propios.

Los servicios públicos de salud cubren a sus beneficiarios y por defecto a los que no son cubiertos por los seguros privados. La contribución se realiza a través de impuestos directos e indirectos que financian el presupuesto general de gastos de la nación, el que a su vez asigna al MSP y BS, a las Fuerzas Armadas, Policiales y Universidades, un monto determinado, sancionado por Ley.

El IPS es una institución donde confluyen aportes del trabajador, del empleador y del Estado que cubre a sus cotizantes tanto para jubilación como para salud. Alrededor del 20% de la población.

El aseguramiento privado comprende las empresas de Medicina Prepaga que, en la actualidad, suman 28 con un total de 187.870 asegurados. El precio de sus planes varía de 40 U$s. mensuales por afiliado los básicos a 140 U$s. los complejos. La mayoría de los Sanatorios Privados ofrecen sus centros asistenciales teniendo el pre-pago como actividad secundaria. Cubren al 15 % de la población (aclarar la cifra anterior es el 3,8% de la población y en la nota aclaratoria de la tabla 4.1 del Cap. 5 dice que según encuestas la cobertura privada es del 9,6% de la población),

ofrecen planes cerrados (con servicios propios exclusivos), planes abiertos (el asociado puede recurrir a servicios médicos de libre elección) y planes mixtos con distintas mezclas de ambos. Hasta el momento no existe regulación, no hay registro, ni acreditación de planes de salud, ni de prestadores.

4.6.4. Funcion de Provisión.

Consiste en la atención directa a las personas e incluye los medicamentos.

El MSP y BS presta servicios en las 18 regiones sanitarias en los tres niveles de atención. Desarrolla acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Provee medicamentos genéricos en sus establecimientos o en dispensarios de la comunidad, con precios subvencionados para los que deben pagar. El rol asistencial ha sido delegado a Gobernaciones y Municipalidades para la organización y el financiamiento. No brinda atención domiciliaria pero provee atención de emergencias y traslados en ambulancia

El IPS brinda atención médica integral sin limitaciones para el asegurado, sin provisión de prótesis ni pago por reposo de los familiares. Los medicamentos son provistos en las farmacias propias según listado oficial (también produce y distribuye internamente algunos medicamentos).

Los servicios privados son brindados por las Clínicas, Sanatorios, Consultorios, los Laboratorios de Análisis y medios de Diagnóstico, los Laboratorios de Producción de Medicamentos, el Hospital Universitario de Asunción y otros.

Existen 14 bancos de sangre y hemoterapia en el MSP y BS distribuidos en 14 hospitales cabeceras. En Asunción funciona el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea y los de IPS, Cruz Roja, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas y en el Hospital de Itaipú, Cordillera, Misiones y Ciudad del Este. En estos servicios se realizan tipificaciones, prueba de Coombs, Elisa (VIH), hepatitis, Enfermedad de Chagas, VDRL y transfusiones.

El sector privado dispone de 16 bancos de sangre y hemoterapia, 13 en Asunción y 3 en el interior.

Se prestan servicios de Anatomía Patológica desde el Laboratorio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en la capital, a todos los servicios del interior del país que realizan cirugías mayor y menor.

La imagenología se encuentra desarrollada a lo largo del país, sin embargo el tamaño e infraestructura de los establecimiento modifica la oferta, tanto del sector público como del privado. Podemos identificar tecnología de punta en el Hospital Nacional de Itauguá y Hospital Nacional del Cáncer y Quemados de Areguá (MSP y BS) y en el Hospital Central de la Previsión Social en Asunción (IPS).

4.6.5. Función de evaluación.

El MPS y BS y el IPS autoevalúan solamente sus programas. No hay, hasta el momento a nivel sectorial, acreditación, clasificación de establecimientos, protocolos de atención, auditorías médicas, procedimientos de incorporación de medicamentos, ni instancias de evaluación de tecnologías. Tampoco existen encuestas periódicas y recientes sobre la opinión del público sobre el funcionamiento del sistema y los usuarios con relación a la atención recibida.

5. ANALISIS DE LA PROVISION: OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS

5.1. ESTRUCTURA GENERAL DE LA OFERTA DE SERVICIOS

La oferta de servicios sanitarios en el Paraguay de acuerdo con la titularidad de los recursos, se divide en un subsector público (financiado principalmente por contribuciones obligatorias: impuestos y cotizaciones sociales), y otro privado. Su distribución lo detallamos en el siguiente cuadro:

TABLA 5.1

SUBSECTOR	INSTITUCION
Público	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto de Previsión Social Sanidad Policial Gobernaciones Municipalidades
Privado sin fines de lucro	Cruz Roja ONGs * Universidad Católica
Privado con fines de lucro	Medicina prepaga ** Sanatorios, Hospitales privados*** Consultorios Privados

Fuente: Organización del Sistema Nacional de Salud. Paraguay 1998.

* Se estima la existencia de 20 ONGs operando en el país. La información sobre sus actividades es precaria.

** 16 empresas: 12 asociadas a la Cámara de Instituciones de Medicina Prepaga, 12 empresas con prestaciones sanatoriales y 4 Cooperativas. También la Ayuda Mutual Hospitalaria, que cubre a 18.000 indígenas del Chaco Central. La Encuesta de Hogares de 1996 estimó una cobertura privada del 9,6%.

*** 294 Establecimientos.

Algunos aspectos relevantes de la estructura general de la oferta, son:

- Existe un importante número de entidades que integran la oferta asistencial de Paraguay.
- La planificación y la coordinación de actividades entre las diferentes entidades es deficiente, lo que contribuye a agravar la escasa cobertura y disminuye la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles.
- Los datos son dispersos, deben ser transformados en información útil para la toma de decisiones, existiendo un déficit de información referente al subsector privado.

TABLA 5.2
OFERTA DE SERVICIOS SEGUN NIVELES DE ATENCION
PARAGUAY 1992 - 1997

AÑO	1992				1997			
Niveles Asistenciales	**I[a]**	**II[b]**	**III[c]**	**Total**	**I**	**II**	**III**	**Total**
Establecimientos por Subsector y Nivel								
Público								
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Soc.	529	16	7	552	690[d]	27	8[e]	725
Instituto de Previsión Social	72	18	10	100	72[f]	20[g]	10	102
Sanidad Militar	49[h]	3	1	53	49	3	1	53
Sanidad Policial	20	-	1	21	22	-	1	23
Universidad Nacional	-	-	1	1	-	-	1	1
Municipalidades	4	1	-	5	6	1	-	7
Subtotal Público	**674**	**38**	**20**	**732**	**839**	**51**	**21**	**911**
Privado con y sin fines de lucro								
Cruz Roja	-	-	1	1	-	-	1	1
ONGs	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Universidad Católica	-	-	2	2	-	-	2	2
Medicina Prepaga	-	-	-	-	-	-	-	-
Sanatorios, Hospitales Privados	s/d	s/d	s/d	3	s/d	s/d	s/d	296
Subtotal Privado	-	-	-	**3**	-	-	-	**296**
Total Establecimientos (Público + Privado)				**735**	**839[i]**			**1207**

Fuente: MSP y BS. Registro de los años 1992 y 1997.

[a] Primer nivel (I): consultorios, dispensarios, puestos, centros de salud, etc.

[b] Segundo nivel (II): hospitales.

[c] Tercer nivel (III): centros y servicios de referencia.

[d] Se corresponde con los Niveles I y II del MSP y BS. 555 puestos de salud (sin profesional) y 145 centros de salud (con profesional). Los puestos y centros de salud tienen camas (2 y entre 6-19, respectivamente).

[e] 1 hospital general y siete especializados.

[f] Se corresponde con los Niveles I (43 puestos sanit. tipo B: promoción), y II (29 centros con medicina y odontología) del IPS.

[g] 20 unidades sanitarias (consulta de medicina general y especialidades médicas, camas de internamiento y partos), y nueve hospitales regionales y un hospital central.

[h] 24 enfermerías y 25 puestos sanitarios.

[i] 133 centros de salud, 45 unidades sanitarias, 96 sanatorios, 545 puestos de salud, 2 servicios especializados, 72 puestos sanitarios, 46 enfermerías, 171 clínicas.

TABLA 5.3
SERVICIOS PRESTADOS POR NIVELES DE ATENCION
PARAGUAY - 1997

INSTITUCION	NIVEL	PREST. DE SERVICIOS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL	I. Centros y Puestos de Salud	Promoción, prevención, atención ambulatoria, vacunaciones, curaciones, parto normal, consulta a demanda.
	II. Hospital Distrital y Regional	Promoción, prevención, vacunaciones, atención ambulatoria, curaciones, partos, cirugía convencional, consulta a demanda.
	III. Hospital General y Especializado	Promoción, prevención, vacunaciones, atención ambulatoria, curaciones, partos, cirugía convencional, consulta a demanda. Hospital de referencia y atención especializada.
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL	I. Puesto Sanitario	Promoción y prevención, consultas, curaciones.
	II. Unidad Sanitaria	Promoción y prevención, consultas, curaciones, cirugía.
	III. Hospital Central y Clínicas Periféricas	Promoción y prevención, consultas, curaciones, cirugía y Hospital de referencia.
SANIDAD MILITAR	III. Unidad Sanitaria (Hospital San Jorge) y Hospital Central.	Promoción y prevención, consultas, curaciones, cirugía, Hospital de referencia y atención especializada.
SANIDAD POLICIAL	III. Policlínico	Promoción y prevención, consultas, curaciones, cirugía, Hospital de referencia y atención especializada.
UNIVERSIDAD NACIONAL	III. Hospital de Clínicas	Promoción y prevención, consultas, curaciones, cirugía, Hospital Escuela y de referencia, atención especializada.

Fuente: Información provista por las respectivas instituciones año 1997.

5.1.1. Oferta de Servicios por Nivel Asistencial

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto de Previsión Social (IPS) son los dos grandes oferentes del subsector público.

Se observa, que la oferta, por niveles de complejidad presenta a los dos grandes proveedores (MSP y BS e IPS) distribuidos en 5 niveles. El sector privado no presenta datos adecuados que permitan una aproximación a la realidad y carece de mecanismos de acreditación.

Ante esta realidad se inicia el estudio y análisis de un Sistema de Acreditación de los Servicios de Salud con la cooperación técnica OPS/OMS, integrados por un calificado grupo de estudio nacional y apoyado por un grupo internacional. La reforma sectorial está en marcha y con ella nuevos mecanismos de regulación y de control.

La acreditación[20] de los servicios de salud (públicos y privados) será un instrumento fundamental para clasificar por niveles de complejidad los establecimientos, además de visualizar datos cuantitativos que permitan evaluar la calidad de la oferta nacional de los servicios ofrecidos.

El Código Sanitario establece la función reguladora del MSP y BS y le otorga la función de registrar y habilitar las instituciones sanitarias del país. Esta tarea se ha manejado históricamente, últimamente los registros han mejorado, sin embargo no se cuenta con una publicación periódica y actualizada a nivel nacional, de la oferta tanto del sector público como el privado.

5.1.2. Cartera de servicios por nivel asistencial e institución

El MSP y BS. desarrolla actividades preventivas y de promoción de la salud, las otras instituciones públicas orientan sus acciones fundamentalmente a la atención de la enfermedad y tareas educativas.

5.1.3. Análisis de la oferta de servicios hospitalarios

La oferta de servicios por nivel de atención es heterogénea entre el subsector público y privado, siendo más acentuado en la distribución de camas por nivel de atención. Ver Tabla N° 5.4

El 28,3 % de la oferta de camas corresponde al Nivel I, el 23,5 % al Nivel II y el 48 % al Nivel III. El MSP y BS. y el IPS ofrecen el mayor número de camas 62,2 % dentro del sector público, mientras que el sector privado ofrece el 20,4 % de la oferta nacional.

TABLA 5.4
CAMAS POR NIVEL DE ATENCION

INSTITUCION	I	II	III	TOTAL	%
MSP Y BS	1482	669	1117	3268	47,0
I.P.S.	-	224	839	1063	15,2
SANIDAD MILITAR	243	-	433	676	9,7
SANIDAD POLICIAL	-	-	80	80	1,1
SECTOR PRIVADO *	250	749	429	1428	20,4
U.N.A.	-	-	451	451	6,4
TOTAL	**1975**	**1642**	**3349**	**6966**	100
Distribución Porcentual	28,3	23,5	48	6966	100

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

* Se ha realizado una estimación de reparto.

[20] Estará a cargo de la Superintendencia de Salud, organismo del Sistema Nacional de Salud.

TABLA 5.5
DISTRIBUCION DE CAMAS TOTALES Y AGUDOS* POR DPTOS.
PARAGUAY 1997

DEPARTAMENTOS	Camas Tot. x 1000 Hab.	Camas agudos
Concepción	1,21	0,84
San Pedro	0,81	0,18
Cordillera	0,69	0,17
Guairá	1,47	0,60
Caaguazú	0,68	0,25
Caazapá	0,97	0,28
Itapúa	1,10	0,34
Misiones	1,33	0,54
Paraguarí	1,47	0,27
Alto Paraná	0,78	0,18
Central	0,81	0,46
Ñeembucú	1,95	0,62
Amambay	1,35	0,76
Canindeyú	0,80	0,12
Pdte. Hayes	1,71	0,18
Alto Paraguay	2,96	0,58
Boquerón	7,55	0,00
Asunción	5,49	4,60
Total	**1,50**	**0,82**

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación.
* Camas de agudos: camas hospitalarias (no incluye puestos y centros de salud) de hospitales agudos (excluye camas de enfermos crónicos, tuberculosos, neuropsiquiátrico, etc.)

Los datos descriptos muestran la necesidad de una planificación interinstitucional, que permita un análisis exhaustivo de la oferta de camas hospitalarias, su eficacia, eficiencia y distribución de acuerdo a los diferentes niveles de complejidad.

La distribución de camas por departamentos ilustra las desigualdades interregionales existentes. Estas diferencias se hacen más relevantes cuando el estudio se focaliza en las camas hospitalarias de agudos, existiendo una notable concentración de camas en la capital, Asunción, mientras que en 11 Departamentos la oferta de camas de agudos por mil habitantes es inferior a 0,5.

En las cabeceras departamentales hay por lo menos dos centros hospitalarios del tercer nivel de complejidad, dependientes del MSP y BS y del IPS.

Cabe señalar que los servicios del Ministerio se han incrementado en número y capacidad en los últimos cinco años, focalizando las acciones en las regiones sanitarias más carenciadas y lejanas como Concepción, San Pedro, Itapúa, Canindeyú, Ñeembucú y otras, donde los casos de referencia se resuelven casi exclusivamente en el sector público. También el IPS amplió sus instalaciones sanitarias en algunas regiones.

TABLA 5.6
DISTRIBUCION DE HOSPITALES DEL MSP Y BS E I.P.S. POR DPTOS.
PARAGUAY 1997

DEPARTAMENTOS	MSP y BS	I.P.S.	TOTAL
Concepción	1	1	2
San Pedro	1	1	2
Cordillera	1	0	1
Guairá	1	1	2
Caaguazú	1	1	2
Caazapá	2	0	2
Itapúa	1	1	2
Misiones	1	1	2
Paraguarí	1	0	1
Alto Paraná	1	1	2
Central	5	0	5
Ñeembucú	1	1	2
Amambay	1	1	2
Canindeyú	1	0	1
Pdte. Hayes	1	0	1
Alto Paraguay	1	0	1
Boquerón	1	0	1
Asunción	6	3	9
Total	**28**	**12**	**40**

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

5.1.4. Infraestructura física, instalaciones y equipamientos

La Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial en un esfuerzo conjunto y coordinado han apoyado estudios de preinversión[21] que permiten tener datos certeros acerca de la infraestructura en 11 regiones sanitarias afectadas por los Proyectos: "Reforma a la Atención Primaria en Salud" (BID) y "Atención materna y desarrollo integral del niño" (BM). Los departamentos beneficiados representan el 71% de la población (excepto Asunción).

El estudio de preinversión muestra que el Nivel I carece de poder resolutivo y la demanda asistencial de los Centros Regionales supera ampliamente su capacidad real, además de una deficiente red de medios de comunicación, de sistemas de radiotelefonía y transporte.

La infraestructura física y el equipamiento están deteriorados y con poco mantenimiento, siendo observado que las mismas son poco funcionales, numerosas áreas han sido modificadas para un uso más eficiente.

---

[21] El MSP y BS ha realizado estudios con el apoyo técnico y financiero del (Banco Mundial, el BID y la OPS), como *"Análisis de la obra civil, equipamiento y red vial relativa a salud"*.1995. Evaluación del estado de los equipos y sus respectivos programas de mantenimiento en las 6 regiones sanitarias del proyecto *"Atención Materna y Desarrollo Integral del Niño"*. Julio, 1997.

En un estudio piloto realizado en los hospitales regionales se estimó que el 52,8% de los equipos están fuera de servicio. Los Hospitales solo cuentan con el 57,9% del equipamiento mínimo requerido. En los centros de salud, el 45% de sus equipos necesitan reparación o mantenimiento.

5.1.5. Tecnología

El país requiere normas explícitas de tecnología sanitaria. Por apreciación se observa una libre oferta de equipos tecnológicos de lo más simple a lo más complejo, tanto en el sector público como en el privado, con gran dependencia foránea y una concentración mayor en la capital y en los departamentos Central, Alto Paraná e Itapúa.

El Departamento de Control de Establecimientos de Salud, del MSP y BS está encargada de habilitar los servicios según complejidad y equipos, pero no verifica su ingreso al país ni la calidad de los mismos.

Dentro de las soluciones planteadas al problema mencionado, la reforma sectorial pretende impulsar como una de las actividades de este organismo, políticas de desarrollo científico-tecnológico, mediante el diseño de reglamentaciones en el área, que permitan abordar la especificidad del tema en materia de equipos, procedimientos, formas de organización, e insumos de diversa complejidad para la atención de salud.

Actualmente no se puede certificar o comprobar si los equipos importados responden a las especificaciones técnicas que se requieren, al no existir normas que cada equipo debe reunir para su comercialización.

En el ámbito del MERCOSUR se da la denominación de *"productos médicos"* a todos los equipos médicos o de laboratorio, y se los clasifica en clases I, II y III según sean de alto, mediano o bajo riesgo de utilización y manipulación.

En el campo de la protección radiológica existe a nivel gubernamental en el MSP y BS una Dirección de Protección Radiológica que cuenta con normas para el funcionamiento adecuado de las unidades de diagnóstico que están distribuidas en todo el país, a fin de evitar riesgos y proteger tanto al usuario como al prestador de servicios radiológicos de los efectos nocivos. Además se cuenta con un Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, que depende de la Universidad Nacional de Asunción.

Los rayos de alta penetración están controlados y reglamentados por la CENEA (Comisión Nacional de Energía Atómica).

5.1.6. Medicamentos y productos sanitarios

El registro de medicamentos está regulado por la Ley 1.119, de 10 de octubre de 1997. Esta Ley reglamenta y regula la fabricación, elaboración, funcionamiento, control de calidad, prescripción, distribución, dispensación, comercialización, importación, exportación, almacenamiento, uso racional, régimen de precios, información, publicidad, evaluación, autorización y registros de los medicamentos de uso humano, drogas, productos químicos, reactivos y todos otros productos de uso y aplicación en medicina humana y los productos considerados como cosméticos.

La Ley propone que la actual Dirección de Vigilancia Sanitaria del MSP y BS pase a la categoría de Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria como organismo ejecutor de la reglamentación mencionada, con autarquía administrativa y financiera.

5.2. ANALISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS

5.2.1. Cantidad y distribución

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Control de Profesiones y Establecimientos del Ministerio de Salud, informa que la fuerza de trabajo en salud se encuentra formada por 5.585 médicos, 1.610 odontólogos, 1.053 químicos farmacéuticos y bioquímicos, 1.216 licenciadas en enfermería y obstetricia, 1.833 técnicos, 522 otros profesionales y 2.752 auxiliares de enfermería. Además de 1050 parteras empíricas registradas en la diferente Regiones Sanitarias.

El sector salud cuenta con 14.571 recursos humanos, de los cuales el 38,3% son médicos; 11,0% odontólogos; 8,3% licenciadas en enfermería y obstetricia; 7,2% bioquímicos y químicos farmacéuticos; 3,5% de otros profesionales; 12,5% técnicos; y 18,8% a auxiliares de salud.

Hecho el análisis de grupos ocupacionales por 10.000 habitantes, se observa que el país posee 4,9 médicos; 0,7 odontólogos; 0,4 bioquímicos; 1,2 licenciadas en enfermería y obstetricia; 2,5 técnicos; 7,0 auxiliares de enfermería. Este indicador, no contempla la distribución de los mismos.

El personal administrativo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del Instituto de Previsión Social es de 5.533, conformando en total 20.204 personas involucradas en el trabajo del sector salud

TABLA 5.7
RECURSOS HUMANOS DEL SUBSECTOR PUBLICO SEGUN INSTITUCIONES Y PERFIL. PARAGUAY 1997

Instituciones	Médico	Odont.	Enf. y Obst.	Bioq. Farm.	Técnico	Auxiliar	Nº Total	%
Ministerio de Salud	1471	234	398	94	916	2752	6387	63,5
I.P.S.	1039	135	235	132	389	799	1689	16,8
Sanidad Militar	141	55	13	45	15	117	386	3,8
Sanidad Policial	123	38	12	16	23	37	249	2,4
U.N.A.	820	6	118	44	41	308	1337	13,3
Total	**3594**	**468**	**776**	**331**	**1384**	**4013**	**10048**	**100**

Los recursos humanos del subsector público corresponden el 63,7% al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el 28,3% al Instituto de Previsión Social, es importante señalar que muchos profesionales realizan actividades en más de una institución del sector, sin embargo el sistema de información, no permite evaluar la cantidad real.

La información contenida en la Tabla 5.8 muestra que las principales categorias de los recursos humanos en salud se concentran en la Región Central y Capital. Las otras regiones presentan una distribución más o menos homogénea a excepción de las regiones del Alto Paraguay (XVI) y Boquerón (XVII).

5.2.2. Formación

Esta tabla muestra vacíos en la información; sin embargo puede afirmarse que en el sector público, la Universidad Nacional de Asunción, concretamente, la Facultad de Ciencias Médicas, es la principal institución responsable

TABLA 5.8
RECURSOS HUMANOS DEL MSP y BS E IPS POR REGIONES SANITARIAS
PARAGUAY 1996

R. S.	Población	Médicos		Odontólogos		Bioquímicos		Enf./Obst.		Técnico		Auxiliar		Administ.	
		MSP	IPS	MSP	IPS	MSP	IPS	MSP	IPS	MSP	IPS	MSP	IPS	MSP	IPS
I	185.496	27	19	6	3	1	2	10	5	12	19	118	26	63	75
II	332.926	16	14	2	3	1	1	6	4	22	14	131	18	51	43
III	215.663	44	8	11	5	0	0	24	1	29	8	195	12	14	11
IV	173.668	26	21	6	4	0	2	14	2	14	11	128	18	35	55
V	442.161	39	15	4	6	3	0	27	5	37	7	148	21	29	52
VI	141.559	13	11	3	4	2	1	3	1	9	16	99	8	35	26
VII	454.757	63	39	6	5	5	3	17	6	44	21	220	22	88	58
VIII	98.607	22	18	9	3	5	2	6	1	30	12	99	23	65	53
IX	247.675	32	9	10	3	3	2	16	1	40	4	148	6	36	7
X	595.276	63	32	11	6	8	7	28	5	36	16	155	25	110	87
XI	1.174.212	414	22	63	13	40	2	176	4	380	12	415	34	1470	53
XII	86.965	11	8	2	2	0	1	4	0	19	6	88	17	30	35
XIII	127.011	25	16	5	2	1	1	7	1	8	4	67	10	50	28
XIV	133.075	7	3	0	1	1	1	5	0	11	6	62	7	36	6
XV	77.145	24	8	4	2	1	0	5	2	10	5	70	5	28	4
XVI	13.831	4	1	0	0	0	1	0	0	2	0	23	2	4	1
XVII	35.241	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	14	1	13	1
XVIII	550.060	636	794	92	73	23	106	50	197	212	188	572	544	1491	1090
TOTAL	5.085.328	1471	1039	234	135	94	132	398	235	916	349	2752	799	3648	1685

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación, MSP y BS. Unidad Técnica de Planificación, IPS.

TABLA 5.9
RECURSOS HUMANOS Y CAMAS EN LOS HOSPITALES DEL MSP Y BS
PARAGUAY 1997

HOSPITAL	Médico	Odont.	Bioq.	Lic. Enf.	Auxiliar	Técnico	Adminis.	Total	Nº de Camas	Relac. Cama/Méd.	Relac. Cama/Enf.
Cáncer y Quemado	88	0	8	19	76	50	114	**355**	200	0,4	0,09
Barrio Obrero	95	11	12	27	81	18	94	**338**	71	1,3	0,3
Mariano R. Alonso	20	4	0	5	11	3	8	**51**	10	2,5	0,60
Limpio	18	2	1	8	14	5	5	**53**	20	1,2	0,5
San Lorenzo	61	5	4	5	56	12	32	**130**	39	3	0,5
Loma Pytá	25	5	2	10	20	11	8	**83**	10	1,5	0,5
Fdo. de la Mora	27	8	1	5	23	3	26	**87**	6	4	0,8
Lambaré	46	5	3	5	30	6	25	**62**	28	6,8	0,2
Laboratorio Central	52	0	58	14	47	73	115	**359**	50	1,04	0,2
Santísima Trinidad	48	8	1	7	35	16	37	**152**	25	1,9	0,2
Santa Isabel	9	1	2	3	14	2	34	**65**	80	0,1	0,03
Juan Max Boettner	29	1	5	10	44	12	103	**204**	179	0,1	0,05
Primeros Auxilios	70	2	8	14	94	44	120	**352**	77	0,9	0,1
San Pablo	99	11	4	13	77	35	94	**333**	64	1,5	0,2
Nacional	285	8	49	155	227	111	464	**1299**	325	0,8	0,4
Total	**972**	**71**	**158**	**300**	**849**	**401**	**1279**	**3923**	**1.184**	**1,8**	**0,3**

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

de la formación del personal de salud a nivel universitario; y en el sector privado, la Universidad Católica, observándose recientemente la participación de otras universidades de carácter privado en la formación de personal de salud. La ausencia de datos no permite identificar la real producción anual de estos recursos a excepción de los médicos cuyas instituciones producen un total anual de 170 egresados. Se conoce que está en proceso de creación otra Facultad de Medicina en la ciudad de Encarnación.

Los datos sobre formación de técnicos y auxiliares de salud son incompletos; el Instituto Nacional de Salud registra una producción anual para el sector en 1996, de 159 técnicos y 991 auxiliares de salud.

El Instituto Nacional de Salud es la institución de alcance nacional responsable del control y acreditación de cursos para la formación de técnicos y auxiliares de salud. A nivel de educación superior existe autonomía universitaria.

El Instituto Nacional de Salud desarrolla actualmente dos programas de postgrado en salud: el de Salud Pública y Administración Hospitalaria, además de los programas de educación permanente a los recursos humanos del sector, ejerciendo actualmente un papel protagónico en el desarrollo de los recursos humanos. Existen otros cursos de postgrado en las universidades públicas y privadas que responden a demandas individuales.

TABLA 5.10
INSTITUCIONES FORMADORAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Recurso Humano	Sector Público			Sector Privado			
	Institución	Nº	Egreso Anual	Institución	Nº	Egreso Anual	Prod. Anual
Médicos	Universidad Nacional Facultad de Ciencias Médicas.	1	110	Universidad Católica de Villarrica.	1	60	170
Odontólogos	Universidad Nacional Facultad de Odontología.	1	60	Universidad del Norte Universidad Autónoma del Paraguay.	1	s/d	-
Licenciadas en Enfermería y Obstetricia	Universidad Nacional Instituto Dr. Andrés Barbero con dos filiales en San Estanislao y Coronel Oviedo.	1 1 1	40 s/d s/d	Universidad Católica del Paraguay. Universidad Autónoma del Paraguay. Escuela de Enfermería Hospital Bautista.	1 1 1	30 s/d 45	- - 95
Bioquímicos y Químicos Farmacéuticos	Universidad Nacional.	14*	40	Universidad Católica.	1	s/d	159
Técnicos y Auxiliares de Salud	s/d	s/d	s/d	-	-	-	991

Fuente: Informe sobre Recursos Humanos - MSP y BS, 1997; Instituto Nacional de Salud.

* Situación de los técnicos y auxiliares de salud. Departamento Politécnico. MSP y BS, 1997.

5.2.3. Rol del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

El Sistema Nacional de Salud[21] expresa la necesidad de redefinir y orientar el rol del subsistema de salud, dependiente del Estado para que éste cumpla la función de rectoría y liderazgo en el marco político global bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ejerciendo eficientemente las funciones que le competen. La Ley demuestra en el Artículo 10 una gran preocupación por el problema actual de adecuar el proceso de desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria, al contexto social, nacional, regional y local, mediante la formación y capacitación cualitativa, así como la cuantificación de los recursos y la evaluación del desempeño de los diferentes integrantes del equipo de salud que el país necesita para alcanzar los grandes objetivos de cobertura y calidad de la atención en el marco de la reforma sectorial de salud.

Se observan deficiencias en la práctica de los recursos humanos, una parte como resultado de la falta de planificación estratégica para la formación y utilización, así como la poca articulación a pesar de los esfuerzos que viene realizando el Ministerio de Salud con algunas instituciones formadoras y prestadoras de servicios, en el control, desarrollo y evaluación de los planes de estudio de los recursos humanos apropiados a las necesidades del sector. A estos hechos se agrega también la falta de leyes y reglamentación para el ejercicio profesional; situación que tiene implicancias en el marco del proceso de integración regional (MERCOSUR).

5.2.4. Recursos Humanos y Desafíos

La estrategia de descentralización facilita la gestión de los recursos humanos a nivel regional/local, por el modelo regionalizado de servicios en donde las regiones sanitarias están llevando procesos de toma de decisión en la contratación de personal, pero hay ausencia de una base de datos sobre mercado de trabajo en salud y se carece de investigaciones que relacionen el mercado y fuerza de trabajo; el impacto de los recursos humanos en la calidad de la atención; financiamiento y gastos en la formación de recursos humanos entre otros.

La Presidencia de la República a través de la Dirección del Personal Público desarrolla un proyecto sobre el Sistema Nacional de Recursos Humanos que incluye la carrera Salud para el escalafón sanitario y capacitación . En este sentido, se encuentran avanzadas las investigaciones relacionadas con el perfil académico de las carreras de la salud, el sistema formador de estos profesionales y sus instituciones, la calificación académica de las universidades del sector, la descripción de la carrera sanitaria en la clasificación SINARH, con los cargos de conducción y gestión en el sector salud, y la ubicación de los funcionarios sanitarios por regiones sanitarias, hospitales y a nivel central. Asimismo, se establecen normas referentes a la carrera sanitaria, a fin de jerarquizar los cargos de la misma, permitiendo mejorar substantivamente su administración.

En relación con la gestión de los recursos humanos, se encuentran notables dificultades. Un estudio del año 1985 señalaba que el 61% de los médicos tenían dos o más empleos. Esta situación se ha mantenido hasta la actualidad, y es extensiva a los restantes profesionales de la salud. Asimismo, se observan diferencias salariales importantes, aún dentro del sector público, en favor de los profesionales empleados por el IPS; las retribuciones del MSP y BS a sus profesionales son muy bajas (1/3 de las que perciben los profesionales del IPS). También se refiere como un problema habitual del sistema sanitario público la escasa motivación profesional, influida, al menos parcialmente, por la escasa remuneración de los profesionales; esta escasa motivación se traduce en ausentismo y baja productividad.

---

[22] Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud, 30 de diciembre,1996.

5.2.5. Asociaciones profesionales

Existen asociaciones profesionales en las que se distinguen el Círculo Paraguayo de Médicos, la Asociación Paraguaya de Enfermeras, Asociación de Obstetras, Asociación de Odontólogos, Asociación de Bioquímicos entre otras.

La mayor preocupación de estas asociaciones se concentra en el desarrollo profesional y tienen participación activa en el Consejo Nacional de Salud para la implementación de la ley del Sistema Nacional de Salud. La Asociación de Técnicos y Auxiliares de Enfermería ejerce liderazgo por la cantidad de asociados y su plan de trabajo concertado para mejorar las condiciones de trabajo y vida de sus asociados.

5.3. NECESIDAD Y DEMANDA

Antes de abordar el análisis sobre demanda y producción de servicios conviene investigar si existen datos sobre necesidad sentida y no expresada, en la medida que la demanda está condicionada, en parte, por la oferta de recursos existente. Esta información puede obtenerse para Paraguay en una reciente Encuesta de Hogares de la DGEEC. Las conclusiones más relevantes que puede obtenerse de dicha encuesta son:

- se estimó una incidencia anual de 9 episodios de enfermedad para niños < de 5 años, predominando los problemas respiratorios e intestinales (diarreas).
- casi la mitad de los niños con problemas de salud fueron automedicados. Esta práctica parece estar en relación con la ausencia de un recurso asistencial, siendo mucho más frecuente en las zonas rurales y en hogares con escasos recursos económicos.
- el 53% de los niños que tuvieron un problema de salud acudieron a un proveedor de servicios.
- el tiempo invertido en la consulta (desplazamiento, espera y consulta) puede considerarse muy alto (99' de promedio), siendo mucho más elevado en los departamentos rurales (143' en Paraguarí) que en Asunción (77').
- entre los mayores de 5 años, la incidencia estimada de problemas de salud fue de 2,5 episodios anuales.
- casi el 50% de las personas que percibió un problema de salud recibió medicación, generalmente por automedicación.
- casi el 50% de las personas que percibió un problema de salud no acudió a un proveedor sanitario, por los siguientes motivos:
- un 7% en las zonas rurales, por problemas de distancia.
- el 94% de las mujeres embarazadas siguió algún tipo de control, en general por un profesional. El 55% pagó de su bolsillo por estos controles.
- un 69% de los partos tuvo lugar en una institución sanitaria.
- en el 45% de los casos no se produjo el parto en el lugar más cercano al domicilio de la parturienta, lo que se explicaba en casi la mitad de los casos por la mala calidad del servicio.

De los datos anteriores se pueden extraer algunas observaciones útiles para interpretar los que siguen sobre demanda y utilización de servicios:

- existen problemas de accesibilidad económica y geográfica, principalmente en hogares pobres de las zonas rurales. La demanda de servicios es, por estas causas, un 25-50% inferior a la necesidad percibida.

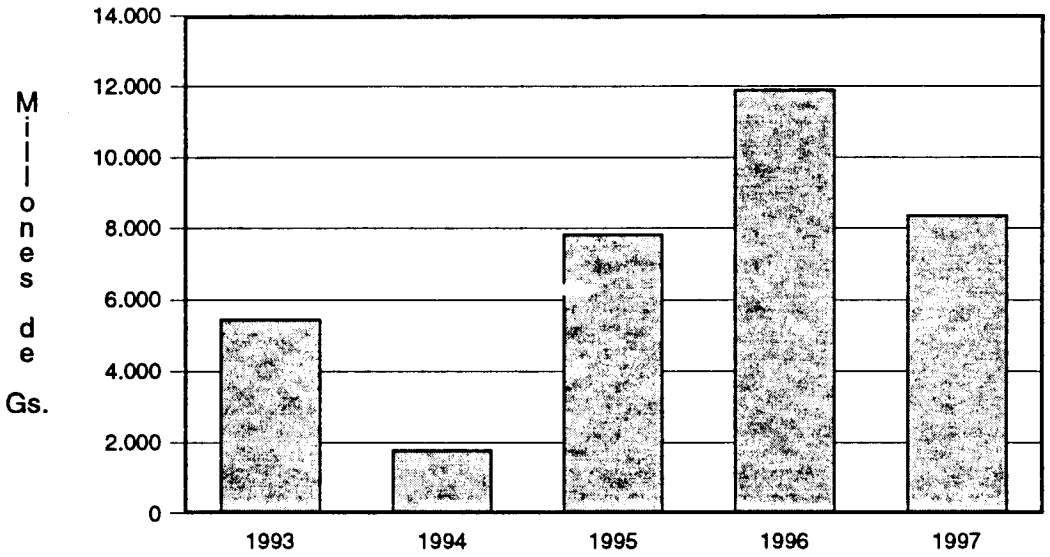
- la notable incidencia de automedicación -con riesgos para la salud, e ineficiencia económica- debe ser puesta en relación con dificultades en el acceso (económico, geográfico) a los servicios.

5.4. DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS

En inversión física, en los 5 últimos años se ha construído, rehabilitado y equipado numerosos establecimientos. La inversión llega a su pico máximo en 1996, donde se concentra el mayor porcentaje, es en los establecimientos de atención primaria: Puestos y Centros de Salud en los departamentos de difícil acceso como Concepción, San Pedro, Canindeyú y Ñeembucú, con criterio de focalización.

Todo esto acompañado por el fortalecimiento de los Hospitales Regionales con infraestructura y equipamiento para el funcionamiento de los servicios, en red según poder de resolutividad adecuada por niveles de atención.

PROYECTO DE INVERSION FISICA - MSP Y BS
1993/1997

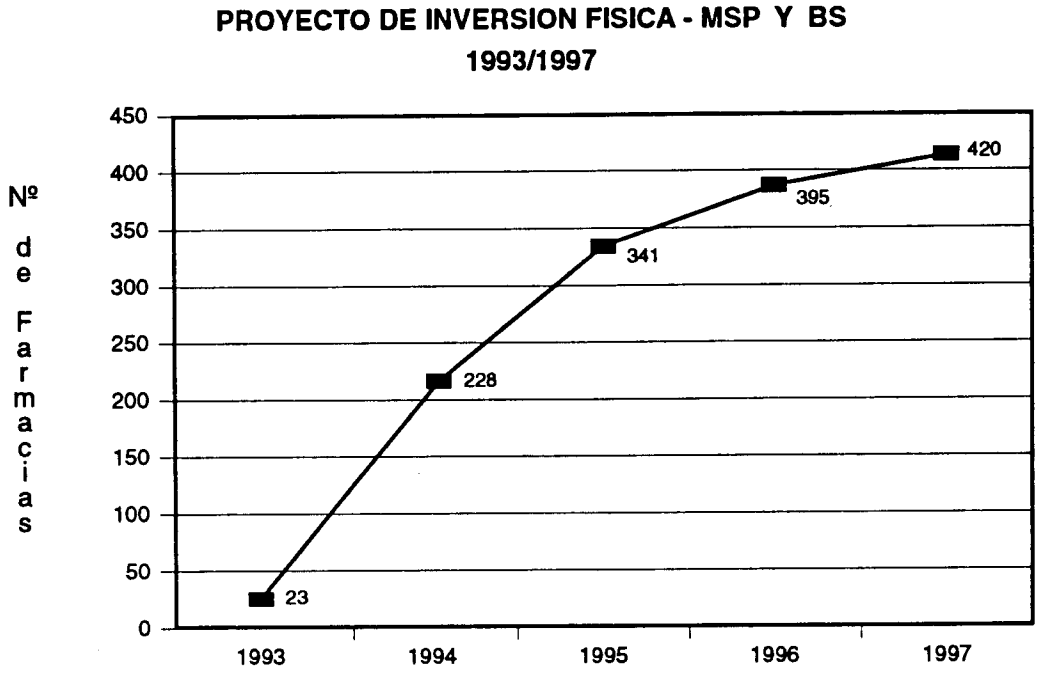


Un aspecto interesante es el acceso de la población carenciada a medicamentos esenciales con la creación de farmacias sociales administradas por la comunidad, consejos locales de salud, que en los últimos años ha tenido un aumento constante.

Como ya ha sido mencionado, existe una multiplicidad de datos dispersos, pero no se dispone de sistemas que sobre bases rutinarias informen sobre la globalidad del sector.

Disponer de una encuesta que informe sobre la estructura, procesos y resultados de los establecimientos con régimen de internado, establecer la obligatoriedad - para el sector público y privado- de un informe de alta hospitalaria y, derivado de este instrumento, generar una base de datos basada en el conjunto mínimo básico de datos, no solo facilitaría sobremanera el análisis del sector, sino que también contribuiría a la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios.

El análisis que a continuación sigue se ha elaborado mediante agregación de fuentes secundarias de datos.



5.4.1. Actividades de primer nivel

Se dispone únicamente de los datos del MSP y BS para 1996

Tabla 5.11
SERVICIOS PRESTADOS EN EL PRIMER NIVEL

	MSP y BS	Hbte./Año
Consultas a demanda	6.191.632	1,89
Vacunaciones	1.299.338	-
Promocion y prevención	4.836.659	0,95

5.4.2. Actividades de segundo y tercer nivel asistencial

El Ministerio de Salud realizó en 1996 un total de 7.917.612 de consultas entre todos los niveles de atención llegando a un promedio de 1,5 consultas para 5.248.058 de habitantes y el IPS con 900.000 consultas llegando a un promedio de 0,2 consultas por habitante.

Solo se dispone de la evolución en el tiempo de la actividad de los establecimientos del MSP y BS.

TABLA 5.12
SERVICIOS PRESTADOS EN EL 2º Y 3º NIVEL DE ATENCION
AÑO 1996

SERVICIOS	MSP Y BS	IPS	MSP x 1000 Hab.	IPS x 1000 Hab.
CONSULTAS	1.725.980	900.000	348,30	181,60
EGRESOS	104.161	22.128	21,00	27,00
URGENCIAS	108.004	108.000	21,70	27,70
CIRUGIA MAYOR Y MENOR	13.169	18.500	2,65	3,73
PARTOS	46.918	14.000	9,46	2,82
EXAMENES IMAGENOLOGIA	91.244	14.000	18,41	2,82
EXAM. LABORATORIALES	S/D	780.000	s/d	157,40

La tendencia (a pesar de las notables variaciones - va hacia una mayor utilización de servicios - con la excepción del parto), así como hacia un mayor intervencionismo en el parto (la tasa de cesáreas ha crecido desde una tasa ya alta del 17% en 1993 al 19% en 1996), cuyas causas deben ser evaluadas.

TABLA 5.13
SERVICIOS HOSPITALARIOS PRESTADOS POR EL MSP Y BS

	1992	1993	1994	1995	1996
EGRESOS	97.598	101.123	98.804	94.696	104.161
PARTOS	46.775	43.730	44.898	42.236	46.918
CESAREAS	S/D	7.592	7.588	7.817	8.925
CIRUGIAS	S/D	9.416	10.137	11.761	13.619

Fuente: Información de servicios prestados. Ficha de egresos, MSP y BS.

Si los datos sobre volumen de actividad aportan escasos elementos para el análisis, al carecer de series históricas fiables, así como de una información sobre el conjunto del sector, los datos sobre rendimientos de los establecimientos sanitarios con camas del MSP y BS y del IPS - que son los únicos disponibles - se resumen en unos pocos indicadores sintéticos.

TABLA 5.14

INSTITUCION	Estancia Media		Indice de Ocupación	
	Media *	Rango	Media *	Rango
MSP Y BS	4	(2-6, 7)	48,5%	(7,5 - 67,2)
IPS **	6		75%	

Fuente: Fichas de egresos. Dpto. de Bioestadística, MSP y BS; IPS.

* Entre Departamentos.

** Sólo Hospital Central.

De estos datos destaca:

- el bajo índice de ocupación de las camas disponibles, en especial las de MSP y BS. Es posible que esta baja ocupación se de en mayor medida en las camas de los puestos y centros de salud, debiendo evaluarse su eficiencia. Es necesario disponer de información desagregada de la actividad hospitalaria.
- una estancia media relativamente prolongada, en especial en el hospital Central del IPS. Aunque se carece del perfil de morbilidad atendido, la patología más frecuentemente atendida en el hospital probablemente sea el parto, con estancias medias de 1-2 días.
- ambos indicadores sugieren la existencia de problemas de gestión de los hospitales.

5.4.3. Referencia y Contrarreferencia

Existe una importante demanda de servicios hospitalarios por parte de pacientes cuyos problemas de salud podrían ser resueltos en establecimientos de menor complejidad (puestos y centros de salud). Este hecho se hace más notable en la capital y Departamento Central, en donde la mayor oferta hospitalaria facilita la accesibilidad y demanda, y causa una mala utilización de los recursos.

Las causas de este problema pueden ser la existencia de puestos y centros de salud con distribución y/o funcionalidad deficiente, con medios de diagnóstico limitados y/o inexistentes, asociados a escasa motivación y capacitación del personal, lo que reduce la calidad, calidez, generando una falta de credibilidad por parte de la población.

En el nivel regional se observan áreas urbanas con centro asistencial con recursos humanos y equipamiento suficiente, en contraposición con las áreas rurales donde la falta de trabajadores de salud, médicos especialmente, queda reducida a escasas horas semanales, lo que incide en la oferta y satisfacción del usuario.

Es posible que muertes prevenibles o evitables sean más frecuentes en poblaciones rurales y periurbanas por falta de coordinación de un sistema de referencia y contrarreferencia que facilite el acceso escalonado por niveles de asistencia y complejidad creciente que ofrece el MSP y BS y otras instituciones.

5.4.4. Descentralización de la gestión

El MSP y BS ha iniciado un proceso de desconcentración administrativa en las Regiones Sanitarias. La Dirección Regional contrata generalmente al personal que considera adecuado, siempre que disponga de asignación presupuestaria; asimismo está facultada para redistribuir los recursos presupuestarios entre los distintos programas; esto ha facilitado el desarrollo de programas integrales (mujer, niño), evitándose las ineficiencias de la verticalización de programas.

Las gobernaciones, instancias de gobiemo recientemente creadas han constituido las Secretarías de Salud y han conformado los Consejos Regionales de Salud, manejando los planes departamentales de salud y la política sanitaria en el departamento.

Los distritos, al abrigo de la Ley 1032 han conformado los consejos distritales y actualmente el Decreto Ley 19.966 del 17 de febrero de 1998, los habilita a administrar recursos en forma descentralizada de los niveles centrales y departamentales con un aporte del municipio de no menor al 5% de su presupuesto.

5.4.5. Evaluación y control

Los sistemas de evaluación y control, tanto los del MSP y BS como en la evaluación interna del IPS, son insuficientes. Aunque existe un programa en el MSP y BS de control de la gestión de las Regiones, con reuniones trimestrales con los Directores Regionales, no se realiza un seguimiento y monitorización de los acuerdos adoptados. La ausencia de sistemas de evaluación y control dificulta la retroalimentación de las políticas sanitarias.

5.4.6. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios

Como se ha mencionado no existen mecanismos formales y periódicos de evaluación. Sin embargo se dispone de algunos estudios, todos ellos dirigidos a las instituciones del MSP y BS, tendentes a evaluar la calidad científico-técnica y la calidez de los servicios de salud materno-infantil . Los datos más relevantes que se desprenden de estos trabajos son:

- se detectan, en general, condiciones insatisfactorias en el 75-90% de los establecimientos evaluados en relación con la eficiencia de la salud materno-infantil. Estas condiciones inadecuadas se daban en relación con ,por orden de incidencia, las siguientes actividades:
- programación y administración (déficit de formación para la gestión y de técnicas de gestión).
- recursos humanos (falta de capacitación). Así, por ejemplo, la encuesta nacional sobre el manejo standard de casos de IRA puso de relieve que solo el 46% de los funcionarios de establecimientos de salud estaban capacitados para el manejo de esta primera causa de morbilidad infantil, y solo el 7% de los casos de neumonía recibían tratamiento standard.
- planta física (como ya se observó en el apartado sobre estructura y equipamiento).
- participación comunitaria.
- la comunicación con el usuario es escasa.
- el nivel de insatisfacción de los usuarios con la asistencia recibida es relativamente bajo (13% insatisfacción), siendo el maltrato, la excesiva espera y la falta de capacitación del personal los motivos más frecuentes de queja.

6. ANALISIS ECONOMICOS, FINANCIACION Y GASTO

6.1. FINANCIACION

6.1.1. Prestadores de Servicios del Sector Salud

En el Cuadro 6.1 recogemos un esquema de los agentes prestadores o productores de servicios sanitarios y de salud en el Paraguay. En el capítulo 4 se ha expuesto en detalle la organización del sistema de salud, por lo que aquí sólo recordamos cuáles son los actores más importantes y describiremos su modo de financiación.

A) Subsector Público

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:

Además de dirigir la política sanitaria del Gobierno también presta servicios directamente. Es el agente de mayor capacidad del sector, como se ve por los datos resumidos del cuadro 6.1. Sus recursos financieros provienen del erario público, del cobro de aranceles (copagos) y de la cooperación internacional.

Otros servicios públicos de salud:

a) La Universidad Nacional, financiada con cargo al Presupuesto General y con ingresos propios (por ejemplo por servicios de odontología).

b) La Sanidad Militar, (regida por las Fuerzas Armadas y el Ministerio de Defensa), financiada con cargo al Presupuesto General de la Nación.

c) La Sanidad Policial, (bajo la dirección de la Policía Nacional y el Ministerio del Interior) también financiada con fondos del Presupuesto General.

d) Gobernaciones, con ingresos provenientes del Presupuesto General de Gastos de la Nación. De su presupuesto, un diez por ciento se debe dedicar a gastos sociales, (sin que esté especificado cuánto a salud).

e) 221 Municipios con autonomía financiera, cuyos ingresos derivan de tasas por servicios municipales y, a partir del año 1993, del impuesto inmobiliario. Su aporte a la producción de servicios de salud es modesto.

f) Empresas públicas y entes públicos descentralizados (ANTELCO, Industria Nacional del Cemento, Itaipú Binacional, Entidad Binacional Yacyretá, etc.), financian servicios de salud.

B) Subsector Seguridad Social

El agente es el Instituto de Previsión Social (I.P.S), cuyo seguro médico se financia con arreglo a una fórmula de reparto (*"pay as you go"*) y con aportaciones de trabajadores, patrones y el Estado. Su estructura y prestaciones de salud son muy importantes. Tiene una cobertura estimada del 20 por ciento de la población en 1996. Sus datos estadísticos referidos a 1995 hablan de un universo cotizante de 265.546 personas que subvencionan a 834.658 beneficiarios.

CUADRO 6.1
COMPOSICION INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD
LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

Agente o Institución	Servicios y Establecimientos
A) Subsector Público	
Ministerio Salud Pública y Bienestar Social	10 Hospitales especializados 15 Hospitales regionales 137 Centros de salud 477 Puestos de salud
Universidad Nacional	Hospital de Clínicas (H. Escuela) Hospital Neuropsiquiátrico Facultad de Odontología
M° de Defensa, Sanidad Militar	Hospital Militar de Asunción Hospital de San Jorge Dispensarios
M° del Interior, Sanidad Policial	Policlínico Policial
Gobernaciones	Algunos Servicios
221 Municipios	Policlínico Municipal de Asunción Otros servicios
Empresas públicas y entes descentralizados	Diversos servicios
B) Subsector Seguridad Social	
Instituto de Previsión Social	Seguro Médico 1 Hospital Central 9 Hospitales Regionales 20 Unidades 3 Dispensarios
C) Subsector Privado	
a) Sin fines de lucro	
Organismos no Gubemamentales	Ayuda social, rehabilitación, investigaciones
Cruz Roja Paraguaya	Hospital Matemo-Infantil y otros servicios
b) Con fines de lucro o empresariales	
Univ. Católica Ntra.Sra. de la Asunción	Hospital escuela y universitario
Consultas individuales	Servicios médicos
Clínicas	Servicios diversos
Sanatorios	Servicios diversos
Hospitales	Servicios diversos
Laboratorios de diagnóstico	Servicios de diagnóstico
Farmacias	Medicamento e insumos

Fuente: MSP y BS, Departamento de Bioestadística.

C) Subsector Privado

a) La Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, cuyo financiamiento proviene de lo recaudado con sus aranceles, por servicios educativos y de sus hospitales.

b) Las instituciones privadas sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales (ONGs), que no prestan directamente servicios sanitarios (salvo algunas orientadas a la rehabilitación, APADEM, DENIDE, PUAFE, etc.), pero dan apoyo a programas de salud concretos, desarrollan investigaciones y aportan datos. En los últimos años algunas financian medicamentos y otros insumos de pacientes insolventes.

c) El Hospital Materno-Infantil de la Cruz Roja Paraguaya financiada por la Fundación La Piedad y fondos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, puede clasificarse como institución privada sin fines de lucro.

d) Las empresas privadas (con fines de lucro) incluyen seguros de asistencia médica y consultas individuales, clínicas, sanatorios, hospitales, farmacias, laboratorios y otros servicios de carácter particular. Su organización, funcionamiento y beneficios ofertados son diversos y hacen de estas empresas un grupo heterogéneo.

Entre ellas están 16 empresas (en el Cap.4 item 4.6.3 dice que son 28) (asociadas en CIMAP), con sistema prepago y primas capitativas, que ofrecen servicios en paquetes de atención de acuerdo al contrato del seguro, generalmente atención primaria, actos quirúrgicos, internación, laboratorio e imágenes.

6.1.2. Flujo Financiero y de Servicios en el Sistema de Salud

Después de haber identificado a los agentes productores o prestadores de servicios, en este apartado vamos a distinguir claramente entre producción y financiación de servicios sanitarios. Esta distinción nos llevará a considerar las relaciones entre agentes financiadores y agentes productores. En ciertos casos en un mismo agente coinciden ambas cualidades. El gráfico 6.1. nos ayudará en esta tarea.

A) Los flujos con destino y origen en los agentes financiadores

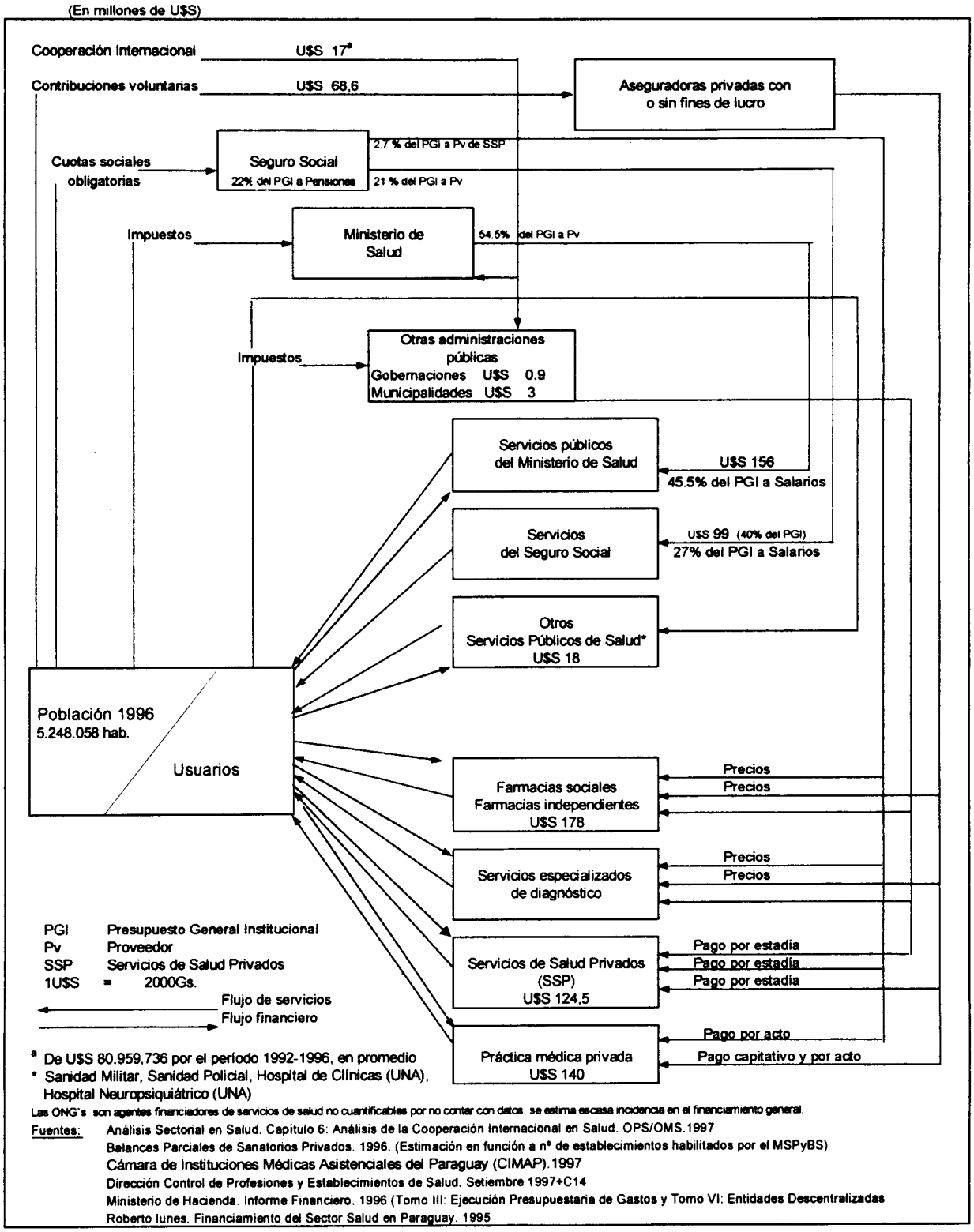
Los agentes financiadores de servicios de salud que aparecen en el gráfico son:

La cooperación internacional: La cooperación financiera extranjera abarca tanto donaciones como préstamos, bilaterales o de organismos internacionales. Estas ayudas son dirigidas a financiar actividades del sector público y, con menos frecuencia, del sector privado. La cooperación incluye inversiones en bienes de capital, asistencia técnica, capacitación y programas de reforma. Hemos analizado la base de datos de la Secretaría Técnica de Planificación e informes recabados y, dado que no se cuenta con datos de inicio y duración de los proyectos involucrados, se promedió el monto obtenido durante el período 1992-1996. Estimamos que en el país ingresó en dicho período como cooperación no reembolsable 47.000 millones de guaraníes (23,5 millones de dólares EE.UU.), y como reembolsable (préstamos) 124.400 millones de guaraníes (62,2 millones de dólares EE.UU.), de modo que la cooperación vuelca al sector salud un promedio anual de 34.400 millones de guaraníes (17 millones de dólares).

En el gráfico, el flujo financiero de la cooperación internacional, por importe de los 34.000 millones de guaraníes (17 millones de dólares EE.UU.), tiene como destino el MSP y BS y las administraciones públicas locales (gobernaciones y municipios).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social financia sus servicios de salud con recursos provenientes del Tesoro Público (en última instancia de impuestos); con otras fuentes de ingresos equiparables (fondos especiales y regalías) y copagos (aranceles) efectuados por los usuarios al recibir la asistencia. Estos últimos se imputan al

GRAFICO 6.1
FLUJO FINANCIERO Y DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SALUD



[a] De U$S 80.959,736 por el período 1992-1996, en promedio

* Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas (UNA), Hospital Neuropsiquiátrico (UNA)

Las ONG's son agentes financiadores de servicios de salud no cuantificables por no contar con datos, se estima escasa incidencia en el financiamiento general.

Fuentes: Análisis Sectorial en Salud. Capítulo 6: Análisis de la Cooperación Internacional en Salud. OPS/OMS.1997
Balances Parciales de Sanatorios Privados. 1996. (Estimación en función a n° de establecimientos habilitados por el MSPyBS)
Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay (CIMAP).1997
Dirección Control de Profesiones y Establecimientos de Salud. Setiembre 1997+C14
Ministerio de Hacienda. Informe Financiero. 1996 (Tomo III: Ejecución Presupuestaria de Gastos y Tomo VI: Entidades Descentralizadas
Roberto Iunes. Financiamiento del Sector Salud en Paraguay. 1995

presupuesto del año siguiente. En 1996 gastó 312.006 millones de guaraníes (156 millones de dólares EE.UU.) en sus servicios.

Administraciones públicas locales o distritales: Las gobernaciones progresivamente van incorporando al sector salud recursos que se originan en transferencias del gobierno (prácticamente el 80 por ciento de sus ingresos), y de las municipalidades, de lo que se deduce que las gobernaciones no definen ni recaudan sus propios impuestos. Los municipios se nutren de tasas por servicios prestados y desde 1993 del impuesto inmobiliario, del cual reciben el 70 por ciento. El 30 por ciento restante se divide en un 15 por ciento para las gobernaciones y el otro 15 por ciento va a un fondo común para los municipios más carenciados. Asunción, que no pertenece a ningún departamento, transfiere todo el 30 por ciento a este fondo. El flujo financiero de estas administraciones, en términos de gasto, 1.800 millones de guaraníes (0,9 millones de dólares EE.UU.) de las gobernaciones y 6.000 millones de guaraníes (3 millones de dólares EE.UU.) de los municipios, surge en última instancia de impuestos pagados por los ciudadanos (no está representado ni cifrado el lazo de las transferencias del Estado) y de la cooperación internacional. Estos fondos financian compras a farmacias y servicios privados.

El Seguro Social: Gerenciado por el IPS se financia con cuotas sociales obligatorias de trabajadores (9 por ciento del salario), patrones (14 por ciento) y el Estado (1,5 por ciento sobre el salario imponible). En 1995 recaudó 452.959 millones de guaraníes (226 millones de dólares EE.UU.).

Aseguradoras privadas con fines de lucro: Se nutren de las contribuciones voluntarias, primas, que abonan sus clientes, en 1996 por un importe de 137.200 millones de guaraníes (68,6 millones de dólares EE.UU.). Con dichos fondos financian la compra de servicios privados de asistencia sanitaria de todo tipo.

Usuarios: Hay que tener en cuenta que el pago directo de bienes y servicios relacionados con la salud, por los usuarios a los proveedores, es el principal instrumento de financiamiento del gasto nacional. Aparece en el gráfico como flujos financieros que parten de los usuarios y fluyen hacia los productores de dichos bienes y servicios.

B) Los flujos con destino y origen en productores (proveedores) de bienes y servicios

Los fondos financieros que fluyen desde los agentes financiadores, en la forma que acabamos de ver, se destinan a comprar bienes y servicios de salud producidos y ofertados por los siguientes agentes:

Servicios de salud del Ministerio de Salud Pública: Con estos flujos monetarios el MSP y BS financia servicios de promoción, prevención, educación, asistencia y recuperación de la salud cubriendo aproximadamente el 32 por ciento de la población en todo el territorio nacional. De su presupuesto para 1996 de 312.006 millones de guaraníes (156 millones de dólares EE.UU.) destina a salarios un promedio del 45,5 por ciento. De este porcentaje corresponde al personal estrictamente sanitario un 70 por ciento. A proveedores de servicios básicos y de consumo (gastos corrientes y administrativos) va el 26,5 por ciento. El 28 por ciento se destina a inversión física (adquisición de edificios, terrenos, construcciones, equipamientos, etc.)

Otras administraciones públicas: Las gobernaciones gastan generalmente en productos químicos y farmacéuticos y en derivaciones para servicios del sector privado. Las municipalidades gastan en servicios médicos apenas el 1,6 por ciento del presupuesto promedio, equivalente a cuatro mil dólares (Instituto de Desarrollo Municipal 1995) y otros 500 en medicamentos, suma extremadamente pequeña. Sólo cinco municipios han erogado en equipos médicos un promedio de cinco mil dólares EE.UU. Los recursos destinados a salud por la Municipalidad de Asunción en 1995 ascendieron a 3.000 millones de guaraníes (1,5 millones de dólares EE.UU.), (el tres por ciento de los gastos del municipio), distribuidos entre la Dirección de Salud y el Policlínico Municipal que cuenta con atención ambulatoria.

Seguro Social, Instituto de Previsión Social (IPS): Su presupuesto general comprende el Sistema Previsional y el Programa Médico. Este ultimo tuvo asignados 126.339 millones de guaraníes (63,1 millones de dólares EE.UU.)

para 1995 y 198.752 millones de guaraníes (99 millones de dólares EE.UU.) para 1996, como se puede apreciar en el Cuadro 6.2, en el que aparece además la distribución por categorías de proveedores. Los servicios personales corresponden a salarios. Los gastos por servicios no personales remuneran a proveedores de servicios de salud privados, farmacias y laboratorios de diagnóstico, por derivaciones contratadas externamente.

Con estos fondos así distribuidos el Seguro Social brinda servicios de asistencia, recuperación y subsidios por accidentes de trabajo y maternidad.

Servicios de Salud Privados: A estos servicios afluyen flujos monetarios procedentes de las aseguradoras privadas, el IPS y directamente de los usuarios. Con ellos financian sus actividades que aparecen desglosadas en el gráfico.

CUADRO 6.2
IPS: PROGRAMA MEDICO
PRESUPUESTO DE GASTO POR PROVEEDORES 1995

	Millones Gs.	Millones U$s.
Servicios Personales	55.413	27,7
Servicios no Personales	8.635	4,3
Materiales y Suministros	34.430	17,2
Inversión Física	11.100	5,5
Transferencias	7.200	3,6
Gastos no Clasificados	9.560	4,7
TOTAL	**126.338**	**63,1**

Fuente: Presupuesto General de la Nación, Entidades Descentralizadas, IPS. Año 1995.

6.1.3. Fuentes de Financiamiento del Sector Salud

En este apartado vamos a considerar con más detalle las principales fuentes últimas de financiamiento del sector salud de Paraguay.

6.1.3.1. Recursos del Erario Público

La distribución de las fuentes de financiamiento para el Ministerio de Salud fue, en los años 1993 a 1996, como se ve en el Cuadro 6.4.

- **Tesoro Público**

El financiamiento de los servicios públicos de salud del MSP y BS y de las demás administraciones públicas (gobernaciones y municipios) proviene del Tesoro Público, el cual cuenta con las fuentes de ingresos que recoge el Cuadro 6.3. Es fundamental observar que no existe un impuesto personal sobre la renta de las personas.

- **Aranceles-Copagos**

Los aranceles o copagos (también llamados contribución de los enfermos y "ticket moderador", tienden a

aportar financiación adicional y a moderar el consumo. En el sistema público paraguayo están generalizados y suelen ser del diez por ciento del precio de mercado tanto por servicios de producción pública como por los de producción privada. Es definido por el nivel regional o departamental, actualmente por los Consejos Regionales de Salud al abrigo de la Ley 1032/96 y aprobados por Resolución Ministerial con firma del Ministro de Salud. Estos aranceles tienen variaciones de acuerdo a las regiones del país. Pueden ser exonerados a propuesta del asistente social (casos de insolvencia declarada), firmada por el director del establecimiento. Otros sujetos a exoneración son los excombatientes de la Guerra del Chaco e Indígenas.

Estos recursos propios, así recuperados por medio de estos aranceles, son transferidos al Ministerio de Hacienda, quien los devuelve a los grandes hospitales y regiones sanitarias a través del Ministerio de Salud, generalmente en forma no oportuna y de acuerdo a un sistema de desembolsos que no tiene secuencia. En ocasiones no todo lo recaudado regresa a los establecimientos.

CUADRO 6.3
INGRESOS DEL TESORO PUBLICO
(Millones de Guaraníes corrientes) 1996

Ingresos Tributarios		2.074.000
Impuesto al Valor Agregado (IVA)	814.900	
Comercio Exterior	444.000	
Renta de Sociedades	441.100	
Otros	374.000	
Ingresos no Tributarios		863.700
Ingresos de Capital		40.200
Total Ingresos		2.977.900

Fuente: Banco Central del Paraguay, Estadísticas Económicas 1996, p. 24.

CUADRO 6.4
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD
(En Porcentaje)

Año	Tesoro	Fondos Especiales	Royaltíes	Fondos Propios	Otros	Total
1993	66,62	8,08	22,18	3,11	0,00	100,00
1994	60,92	7,22	21,04	4,55	6,27	100,00
1995	66,18	8,38	12,61	7,78	5,05	100,00
1996	56,01	9,96	12,83	5,94	15,26	100,00

Nota: *Recursos Especiales:* Recaudación por impuesto a la venta de bebidas alcohólicas y cigarrillos para programas específicos.
Royaltíes: Regalías de la energía producida por la represa de Itaipú que el Brasil paga por contrato.
Recursos Propios: Aranceles que los usuarios abonan por servicios en los establecimientos (copago).
Otros: Crédito interno, Crédito externo, donaciones y otros.

Fuente: Informe Financiero del Ministerio de Hacienda. 1993 - 1996.

6.1.3.2. Primas de Aseguradoras Privadas

La Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay Aranceles (CIMAP), ofrece datos - para 1996 - de 16 empresas aseguradoras con sistema de pago adelantado (pre-pago) por capitación. Reúnen 187.856 asociados (titular + beneficiarios) con un ingreso per cápita anual estimado por expertos en unos 360 dólares EE.UU. Cuatro empresas de servicios de emergencia con 50.420 asociados (titular + beneficiarios) tienen un ingreso per cápita anual de 20,04 dólares EE.UU. Todas ellas suman 137.200 millones de guaraníes (68,6 millones de dólares EE.UU.) anuales en concepto de primas o contribuciones voluntarias, que son la fuente de ingresos para estas empresas.

Los contratos entre el seguro y el cotizante determinan quiénes son los beneficiarios, el tiempo de vigencia y las coberturas, variables según la cuantía de la prima y el plan elegido. No hay períodos de carencia para consultas, urgencias, laboratorio de rutina, odontología, e internación en casos agudos. Usualmente hay seis meses de carencia para cirugías programadas, maternidad, y excepcionalmente terapia intensiva.

6.1.3.3. Pago Directo

El pago directo del usuario al oferente de servicios se observa desde luego en la sanidad privada (en asistencia médica individual, hospitales, servicios de diagnóstico etc.). Los aranceles son relativamente móviles de acuerdo a la capacidad económica de los pacientes.

Igualmente los ingresos de las 743 farmacias se efectúan por pago directo. Sus ingresos brutos anuales oscilan entre 240 mil dólares EE.UU. para una gran mayoría y 1,2 millones de dólares EE.UU. para las pocas del estrato superior de mayores ventas. Tomamos el mínimo (240.000 dólares EE.UU.) como promedio, lo que implica una facturación bruta de 178,3 millones de dólares EE.UU. anuales como mínimo.

6.1.3.4. Cuotas Sociales

El IPS, se financia con cuotas sociales obligatorias de trabajadores (9 por ciento del salario), patrones (14 por ciento) y el Estado (1,5 por ciento sobre el salario imponible). En 1995 recaudó 452.969 millones de Gs. (226 millones de dólares EE.UU.), cuatro mil menos de lo presupuestado. El Cuadro 6.5 muestra las fuentes generales de financiamiento del IPS, una parte de las cuales financia su gasto sanitario.

CUADRO 6.5
INGRESOS DEL TESORO PUBLICO
(Millones de Guaraníes corrientes) 1996

Ingresos Corrientes		395.100
Ingresos Tributarios	331.700	
Ingresos no Tributarios	63.400	
Ingresos de Capital		61.045
Reembolsos de Préstamos (Sector Priv.)	45	
Saldo de Cuenta (Superávit Fiscal)	61.000	
Total Ingresos IPS		456.145

Fuente: Ministerio de Hacienda (1996); Presupuesto General de la Nación, gastos de entidades descentralizadas, año 1995.

6.1.4. Sistemas de Pago a los Oferentes o Proveedores

6.1.4.1. Subsector Público

Salarios: En los servicios de salud públicos, del MSP y BS y demás administraciones, el estatuto normal del personal es el de funcionario remunerado con un salario. Los funcionarios de la administración pública están regulados por la Ley 200, antiguo marco legal. La nómina de salarios del personal de salud es una planilla con rubros asignados y por categorías. El personal es propuesto por el nivel regional o departamental y nombrado por el Ministro de Salud. No existen incentivos salariales.

6.1.4.2. Subsector Paraestatal

Salarios: El salario de los funcionarios se encuentra definido en una planilla por rubros y categorías con nomenclatura propia. Son nombrados por el Consejo Directivo del IPS. No existen incentivos salariales[23], ni un escalafonamiento definido. Es importante comentar que en funciones equivalentes, los salarios de los funcionarios del IPS son hasta tres veces mayores que los del Ministerio de Salud Pública.

La oficina central del IPS es quien efectúa los pagos, así como la licitación de los medicamentos que luego son distribuidos a sus establecimientos periféricos. El IPS subcontrata servicios del sector privado, asistenciales y de diagnóstico que llegan a alcanzar hasta un diez por ciento de su Programa Médico, alrededor de 16.000 millones de Gs. (ocho millones de dólares EE.UU. anuales).

6.1.4.3. Subsector Privado

Las empresas aseguradoras de medicina pre-pagada (asociadas en CIMAP) subcontratan a sanatorios privados, laboratorios y profesionales que ejercen la medicina de forma independiente y pagan por acto o por paquete de servicios, según lo acordado con el profesional y a un precio menor que la medicina privada independiente.

Existen formas de seguro cuyo contrato establece que la compañía pague parcialmente los servicios y el asegurado la otra parte (Copago).

Los sanatorios, agremiados en Asociación de Sanatorios Privados, pagan salarios mensuales al personal administrativo, de limpieza y de mantenimiento. Los profesionales son remunerados por acto médico y por paquetes de servicios (guardias). El usuario debe pagar directamente por acto (consultas, diagnósticos laboratoriales, cirugías) a los distintos servicios.

En el caso de las hospitalizaciones el pago es por estadía, de acuerdo al nivel del establecimiento y con relación a la capacidad instalada, regulada por el mercado.

El Paraguay importa prácticamente la totalidad de las materias primas o substancias medicinales necesarias para los medicamentos que utiliza. Son formuladas y envasadas, en parte localmente por una débil industria farmacéutica. Los precios están intervenidos por el Ministerio de Sanidad, quien, a propuesta de los laboratorios o los importadores, fija el que rige para todo el territorio, así como su variación. Se estima un margen del 25 por ciento sobre el precio para las farmacias.

---

[23] Actualmente, octubre de 1997, una propuesta de escalafonamiento elaborada por el Sindicato de Funcionarios del Ministerio de Salud, se encuentra sometida a la consideración del Parlamento Nacional.

6.2. EL GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PUBLICA: Composición y Evolución

6.2.1. El Gasto Nacional Agregado

El Cuadro 6.6 recoge el gasto agregado en asistencia sanitaria y salud del Paraguay en 1996 distinguiendo subsectores y agentes ejecutores.

Es oportuno comparar la cifra del Cuadro 6.6. de 1.475.678 millones de guaraníes (737,8 millones de dólares EE.UU.) en que hemos estimado el gasto nacional en asistencia sanitaria y salud pública con la cifra agregada del gasto o del producto nacional. La cifra provisional del Producto Interno Bruto a precios de mercado para 1996 es de 19.905.262 millones de guaraníes [24]. El gasto nacional en asistencia sanitaria y salud pública resultaría ser, por tanto el 7,4 por ciento del PIB.

En términos per cápita (para una población en 1996 de 5.248.058 de habitantes) estos gastos suponen 290.031 Gs. equivalentes a 145 dólares EE.UU, casi el triple que el de Bolivia y muy inferior al de Argentina y Brasil, debemos tener en cuenta que esta cifra se refiere a un promedio nacional que oculta importantes diferencias entre departamentos del país.

CUADRO 6.6
GASTO AGREGADO EN ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PUBLICA
POR SUBSECTORES Y AGENTES. PARAGUAY 1996

SUBSECTORES	Mill. Gs. Corrientes	Porcentaje
a. Público	319.806	20,9
a.1. Ministerio de Salud	312.006	
a.2. Gobiernos Departamentales	1.800	
a.3. Gobiernos Municipales	6.000	
b. Seguridad Social	198.752	13,0
c. Privado	1.006.200	65,9
TOTAL (a+b+c)	**1.524.758**	**100,0**

NOTA: El gasto del subsector privado -servicios de salud privados en el Cuadro 6.6 1.022.200 millones de guaraníes- fue estimado con base en declaraciones de la Cámara de Instituciones de Asistencia Médica Prepaga (CIMAP); balances parciales de los sanatorios privados y teniendo en cuenta el número de establecimientos acreditados ante el Ministerio de Salud Pública. El gasto en medicina privada individual (280.000 millones de guaraníes) fue estimado de acuerdo al número de profesionales registrados en el Ministerio de Salud Pública y por un muestreo. El gasto en medicamentos suministrados a través de las farmacias independientes, incluidos los servicios de éstas, (356.000 millones de guaraníes) se estima de acuerdo a un muestreo y al número de las registradas en el Ministerio de Salud, tomando el ingreso de la mayoría de ellas. Del gasto bruto del sector privado (1.022.200 mill. Gs.) se ha deducido 16.000 Millones de Gs. de compras del IPS.

Observación: En el informe de Cuentas Nacionales del Banco Central del Paraguay, se encuentran datos por debajo de los valores obtenidos en el presente estudio en cuanto a gasto privado. Estimamos que se trata de una histórica subvaloración y de falta de declaración del gasto por profesionales privados.

Fuente: MSP y BS: Presupuesto 1996. Ministerio de Hacienda: Informe Financiero 1996. Roberto Lunes: Financiamiento del Sector Salud. Paraguay, 1995.

[24] Banco Central del Paraguay, Gerencia de Estudios Económicos, Departamento de Cuentas Nacionales y Mercado Interno: Cuentas Nacionales, Número 33, Asunción.

Como se aprecia, el subsector privado tiene un gran peso (65 por ciento del total; 4,81 % del PIB). El subsector público cubre algo más de un tercio del gasto en salud,(2,59 del PIB) básicamente ejecutado por el Ministerio de Salud (22 por ciento; 1,63 del PIB). El trece por ciento (0,96 del PIB) corresponde a la Seguridad Social.

6.2.2. El Gasto Público

Como se ve en el Cuadro 6.6 el gasto público del Paraguay en sanidad y salud pública es el 2,59 del PIB (1,63 el sector público propiamente dicho y 0,96 el IPS). En términos "per cápita" el gasto público ascendería a 32 dólares EE.UU. (sin IPS) y 51 (con IPS).

El Presupuesto del Ministerio de Salud con relación al Presupuesto General de Gastos de la Nación en valores ejecutados supera el dos por ciento. En el período 1992-1996 ha mantenido esta cuota y aún la ha aumentado ligeramente llegando al 2,6 por ciento en 1996 como se aprecia en el Cuadro 6.7.

CUADRO 6.7
EVOLUCION DEL GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. PARAGUAY 1992 - 1996
(Valores ejecutados. Millones de Guaraníes corrientes)

Año	Presupuesto General Gastos de la Nación - PGGN	MSP y BS	Porcentaje del PGGN
1992	7.274.294	157.636	2,2
1993	6.606.152	170.638	2,5
1994	6.617.426	168.116	2,5
1995	7.415.872	180.582	2,4
1996	9.166.532	240.346	2,6

Nota: El PGGN no incluye Empresas Públicas, Instituciones Financieras, Institución de Desarrollo e Instituciones de Seguridad Social que no sean IPS.

El Cuadro 6.8 muestra los presupuestos por programas del MSP y BS de los años 1995 y 1996. Los subprogramas más grandes son los de asistencia médica general y especializada y el Centro Médico Nacional. En 1996 estos programas experimentan un fuerte crecimiento mientras que los de salud pública se contraen (excepto epidemiología).

El Cuadro 6.9 presenta la distribución por departamentos de las transferencias del MSPyBS. En el cuadro se observa una distribución poco uniforme de recursos, por la presupuestación histórica de acuerdo a población y otros parámetros no definidos que causan inequidad entre departamentos. Por ejemplo, comparativamente el Departamento Central con 2,17 por ciento de gasto per cápita para 1996 en salud, siendo uno de los más poblados del país (1.028.697 habitantes) y con comunidades marginales, sin embargo en el Departamento de Cordillera hay un 11,53 por ciento de gasto per cápita en salud con una población mucho menor (215.565 hab.) y de ingresos más uniformes.

CUADRO 6.8
GASTO POR PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. PARAGUAY 1995 - 1996
(En millones de Guaraníes corrientes)

Programa	Sub Programa	1995		1996	
		Total Sub Prog.	Total Programa	Total Sub Prog.	Total Programa
Administración			37.539		51.489
Acción			141.329		209.256
	Bienestar Social	4.051		5.168	
	Asistencia Médica General	60.969		93.799	
	Asistencia Médica Especializada	25.043		41.620	
	Centro Médico Nacional	20.613		30.322	
	Servicio Nac. de Erradicación Paludismo	16.144		13.910	
	Servicio Nac. de Saneamiento Ambiental	10.187		9.471	
	Pasantía Rural	1.012		1.361	
	Instituto Nacional de Nefrología	800		1.326	
	Instituto Nacional de Salud	0		724	
	Inst. Nac. de Alimentación y Nutrición	0		656	
	Epidemiología	2.510		6.571	
	Servicio Nacional de Emergencia Médica Prehospitalaria	0		4.328	
Inversión			43.308		8.124
TOTAL			**222.176**		**268.869**

Fuente: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública. Años 1994 - 1995. Por Programas.

Nota: Creación del Servicio Nacional de Emergencia Nacional (SENAEMPRE) en 1995.

Existen actualmente propuestas dentro de los proyectos del BID y BIRF de mejorar estas inequidades de acuerdo a fórmulas en las que se contemplan población, porcentaje de servicios con sala de partos, número de embarazadas por sala de partos, capacidad instalada per cápita, número de camas en puestos y centros de salud, que permita subsanar las inequidades.

La distribución del gasto por niveles de complejidad de la asistencia aparece en el Cuadro 6.10. Se observa que la atención primaria supone el 64% y la atención especializada el 46% del total.

CUADRO 6.9
DISTRIBUCION DEPARTAMENTAL DE LAS TRANSFERENCIAS DEL MSP Y BS
AÑOS 1993 AL 1996

Departamento	% de Recursos				% de Población				Valores per cápita			
	1993	1994	1995	1996	1993	1994	1995	1996	1993	1994	1995	1996
Concepción	4,96	4,79	6,23	6,20	3,85	3,80	3,75	3,70	7,42	7,27	0,72	12,41
San Pedro	5,45	5,95	5,66	5,48	6,48	6,50	6,51	6,53	4,84	5,28	5,61	6,22
Cordillera	8,10	7,72	7,46	6,77	4,69	4,57	4,46	4,35	9,94	9,74	10,78	11,53
Guairá	5,59	5,49	5,33	5,42	3,73	3,65	3,57	3,49	8,62	8,68	9,63	11,50
Caaguazú	6,97	7,22	6,56	6,61	9,06	8,97	8,88	8,79	4,43	4,64	4,76	5,57
Caazapá	3,49	4,05	3,67	4,16	3,01	2,95	2,90	2,84	6,67	7,93	8,16	10,85
Itapúa	9,22	8,97	9,07	8,54	8,92	8,93	8,93	8,94	5,95	5,80	6,54	7,08
Misiones	5,11	4,69	4,72	4,37	2,09	2,05	2,01	1,98	14,05	13,17	15,11	16,39
Paraguarí	6,72	6,30	6,18	5,76	5,38	5,25	5,13	5,00	7,19	6,92	7,77	8,54
Alto Paraná	8,79	7,62	8,10	8,96	10,29	10,64	10,99	11,35	4,92	4,14	4,75	5,85
Central	9,64	9,60	8,93	9,71	21,48	21,89	22,30	22,69	2,58	2,53	2,58	2,17
Ñeembucú	3,13	3,93	3,15	3,12	1,85	1,81	1,78	1,75	9,73	12,48	11,39	13,23
Amambay	3,63	3,55	3,62	3,61	2,49	2,49	2,50	2,50	8,38	8,22	9,34	10,70
Canindeyú	2,63	2,83	2,63	2,55	2,55	2,57	2,59	2,60	5,93	6,36	6,56	7,27
Pdte. Hayes	4,23	5,14	4,19	4,17	1,51	1,51	1,52	1,52	16,08	19,60	17,80	20,37
Capital	12,34	12,15	11,75	10,91	11,66	11,44	11,22	11,02	6,09	6,13	6,75	7,33
Alto Paraguay	0,00	0,00	1,38	2,05	0,28	0,28	0,27	0,27	0,00	0,00	32,45	55,38
Boquerón	0,00	0,00	1,34	1,60	0,68	0,68	0,69	0,69	0,00	0,00	12,59	17,18
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	5,75	5,77	6,44	7,41

Fuente: Financiamiento del Sector Salud en Paraguay 1995. Roberto Iunes.

El Cuadro 6.11 refleja el gasto de los servicios públicos del Gobierno central, distintos del MSP y BS. Muestra que en el último año hay una tendencia a la disminución del gasto en salud, sobre todo en Sanidad Militar, relacionada con la disminución del presupuesto del Ministerio de Defensa Nacional.

La evolución reciente de los limitados gastos de gobernaciones y municipios aparecen en el Cuadro 6.12.

CUADRO 6.10
GASTO DEL MINISTERIO DE SALUD POR NIVEL DE COMPLEJIDAD - 1995
(En millones de Guaraníes corrientes)

		Porcentaje
Nivel Primario	134.616	64,3
Nivel Especializado	74.659	35,6
Total Programa de Acción	209.275	100,0

Fuente: Presupuesto del Ministerio de Salud Pública. 1995

CUADRO 6.11
EVOLUCION DEL GASTO DEL SECTOR SALUD DE OTROS SERVICIOS PUBLICOS DEPENDIENTES DEL PRESUPUESTO GENERAL DE GASTOS DE LA NACION
(En millones de Guaraníes corrientes)

INSTITUCION	1993	1994	1995	1996
Policlínico Policial (Ministerio del Interior)	642	906	1.194	s/d
Sanidad Militar (Ministerio de Defensa Nacional)	18.458	12.414	6.406	9.210
Hospital de Clínicas (Universidad Nacional)	18.304	23.972	23.308	s/d
Hospital Neuropsiquiátrico (U.N.A.)	3.270	4.080	4.612	s/d
TOTAL	40.674	41.372	35.520	---

Fuente: Financiamiento del Sector Salud en Paraguay, 1995. Roberto Lunes.

CUADRO 6.12
OTRAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS
(Millones de Guaraníes corrientes)

AÑO	GOBERNACIONES	MUNICIPALIDADES
1993	s/d	130,3
1994	15,8	172,7
1995	36,7	209,5
1996	44,3	s/d

Fuente: Financiamiento del Sector Salud en Paraguay, 1995. Roberto Lunes.

Por último. el Cuadro 6.13 recoge la evolución del gasto en salud del IPS. No se observa en el cuadro variación importante en el gasto del Programa Médico con relación al gasto total de la Institución en los últimos tres años.

CUADRO 6.13
EVOLUCION DEL GASTO EN SALUD - SEGURIDAD SOCIAL -IPS-
PROGRAMA MEDICO 1992 - 1996
(En millones de Guaraníes corrientes)

AÑO	Presupuesto General Institucional (PGI)	Presupuesto del Programa Médico	% del Programa Médico en relación al PGI
1992	256.816	s/d	-
1993	328.388	s/d	-
1994	304.318	121.184	39
1995	363.192	139.616	38
1996	498.692	198.753	39

Fuente: Departamento de Presupuesto del IPS.

7. LA COOPERACION INTERNACIONAL

El objetivo del presente capítulo es analizar el estado actual de la cooperación internacional en salud en Paraguay, para formular estrategias y acciones en el contexto del Plan de Reformas del Sector Salud[25].

El Ministerio de Salud no contaba con un departamento responsable del manejo de la cooperación internacional. Esta se recibía y la información se distribuía en forma unilateral entre las agencias y unidades operativas del Ministerio. En lo referente a dicha cooperación, dentro de ese Ministerio, tampoco se contaba con una instancia de supervisión y evaluación responsable de la administración y manejo de la información que fuera capaz de articular las acciones interagenciales y facilitar el establecimiento de un sistema administrativo eficaz y eficiente para permitir el monitoreo y seguimiento. El MSP y BS, actualmente cuenta con la Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional[26], para el manejo de la cooperación, la misma se halla desarrollando su misión. La responsabilidad del estudio referente a la cooperación internacional en salud[27] en los últimos cinco años es una de las principales actividades que esta oficina lleva a cabo actualmente.

Este trabajo persigue identificar el origen de la cooperación internacional a través de entes, países o agencias. Identificar también los montos de inversiones, el destino de los fondos y las dificultades que se presentan para el buen desarrollo de la cooperación. Además, sistematizar la información para poder detectar problemas, presentar la realidad y delinear estrategias que faciliten la toma de decisiones.

Por otro lado, se pretende orientar hacia el fortalecimiento de la coordinación de trabajos a realizarse y la administración de la cooperación. Además, hacia la articulación interagencial que facilite el establecimiento de un sistema de redes. Este sistema, implementado de manèra eficaz y eficiente optimizará la cooperación internacional.

7.1. ORIGEN DE LA COOPERACION

La cooperación internacional para el Paraguay proviene de las siguientes fuentes:

a) La Ayuda Oficial para el Desarrollo, (AOD) se define como la enviada por Organismos Gubernamentales (OGs) de países donantes, para ser utilizadas por los países en desarrollo sin identificar al ejecutor, si es una institución oficial o pertenece a alguna ONG.

---

[25] En 1996 se ha promulgado la Ley 1032/96, que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), marco legal que permite implementar las reformas en el sector salud.
Recientemente se ha firmado, además el Decreto Ley N° 19.966/98, que reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud, como estrategias para el desarrollo del SNS.

[26] La Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional (O.P.C.I.), fue creada por Resolución del MSP y BS. S.G. N° 49/96, como unidad dependiente del gabinete, responsable de supervisar la preparación, ejecución y control de los proyectos con financiamiento externo.

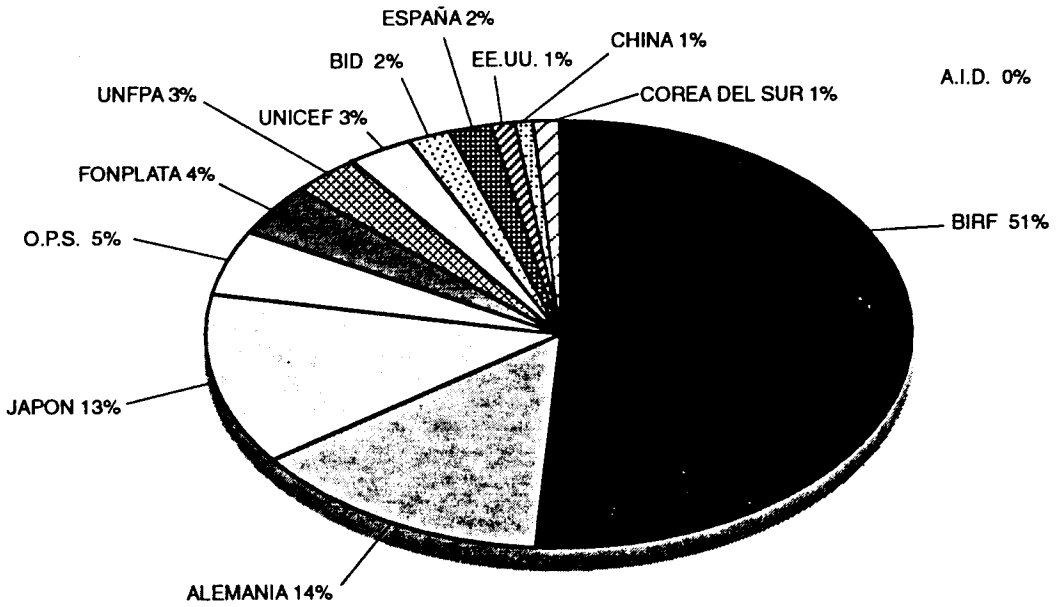
[27] La OPCI, además del capítulo de la Cooperación Internacional, es responsable del estudio del financiamiento y gastos en salud del documento Análisis del Sector Salud del Paraguay.

b) La Ayuda no Oficial al Desarrollo, se define como la enviada por ONGs de países donantes y está dirigida a los países en desarrollo para ser ejecutados por instituciones públicas o entidades no gubernamentales.

Entre 1992-1996, el monto total recibido por cooperación internacional fue de U$s. 87.649.864. Su distribución: 51% Banco de Reconstrucción y Fomento; 27% Alemania y Japón y casi un cuarto del total, 22% corresponden a diez diferentes organismos de cooperación[28]. Véase Gráfico N° 7.1.

El Gráfico N° 7.1 se refiere en forma exclusiva a la cooperación internacional procedente de la AOD[29].

GRAFICO 7.1
DISTRIBUCION DE LA COOPERACION INTERNACIONAL POR FUENTE - TOTAL
AÑOS 1992 - 1996



Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay, 1997.

[28] Estas corresponden a organismos de cooperación bilateral y multilateral, ayuda oficial y no oficial como también los créditos reembolsables y no reembolsables.

[29] El cuadro muestra en forma exclusiva la distribución de la cooperación procedente de la AOD, ya ejecutada entre 1992 y 1996, además de algunas que siguen en ejecución. No están incluídos los proyectos en fase de negociación.

7.2. TIPO DE COOPERACION

La cooperación recibida por el país puede clasificarse de acuerdo a lo siguiente:

A) Devolución:

1) No reembolsable { Financiero / Técnico [30]

2) Reembolsable

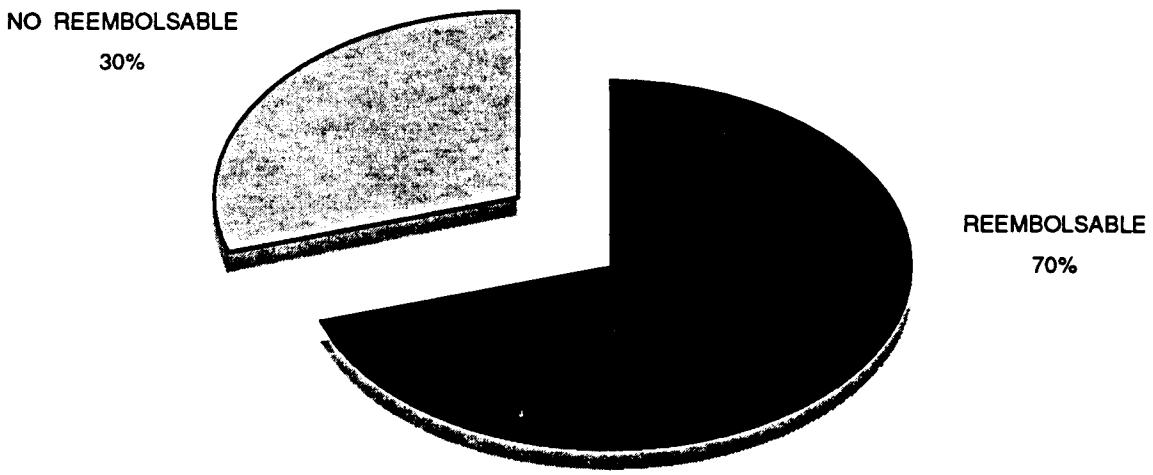
La cooperación internacional se distribuye en créditos reembolsables (U$s. 61.262.933), 70% y no reembolsable (U$s. 26.386.931) 30% . Período 1992 - 1996, véase Gráfico N° 7.2.

A través de esta investigación se ha identificado la existencia de numerosas organizaciones y fundaciones internacionales; multilaterales y bilaterales. Estas se encuentran apoyando a organismos tanto gubernamentales y no gubernamentales, con ayuda oficial y no oficial, respectivamente.

B) A la relación:

Bilateral.
Multilateral.

GRAFICO Nº 7.2
DISTRIBUCION DEL TOTAL DE LA COOPERACION INTERNACIONAL
Por Tipo entre los Años 1992 - 1996



Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay, 1997.

[30] Una de las cooperaciones internacionales de carácter técnico y no reembolsable de mayor impacto que recibe el país está dada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En cooperación bilateral se identificó a:

Los Gobiernos de España, Corea del Sur, China Nacionalista y Japón. De Alemania se recibe a través de una organización bancaria el Kredistalt Fur Weme (KFW), y un organismo técnico dependiente del gobierno, Deutsche Geselischaft Fur Technische Zusammenarbelt (GTZ).

En cooperación multilateral se ha identificado:

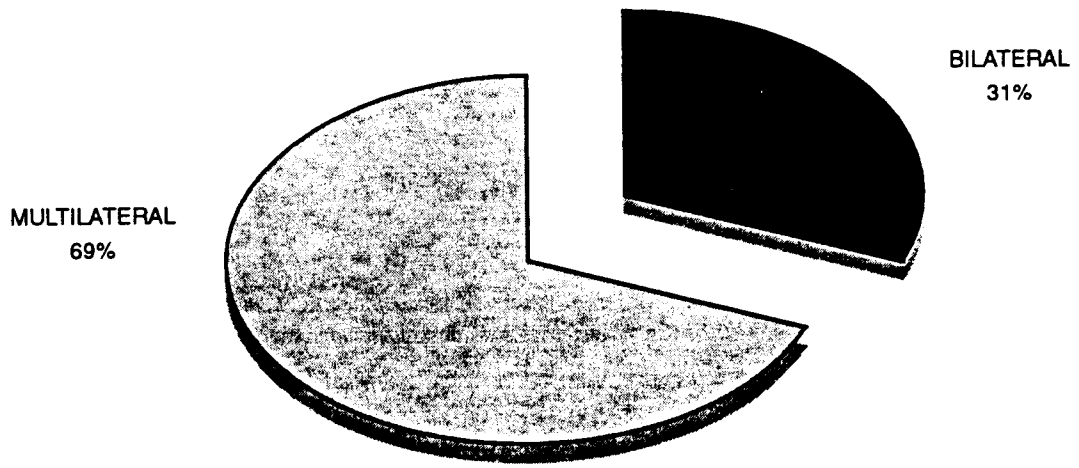
Al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) o Banco Mundial (BM)[31].

A organismos internacionales como las Naciones Unidas (N.U), Compuesta por las siguientes reparticiones: Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, la Comunidad Económica Europea, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID), de los Estados Unidos de América.

Organizaciones No Gubernamentales:

Cruz Roja Española, Cruz Roja Suiza, Plan Internacional, Rotary Club Internacional, etc.. El 69% (60.356.469 U$s.) de los fondos comprometidos por las agencias de Cooperación Internacional provienen de Organizaciones o Agencias Multilaterales y el 31% de Cooperaciones Bilaterales.

GRAFICO Nº 7.3
DISTRIBUCION DE LA COOPERACION INTERNACIONAL
AÑOS 1992 - 1996

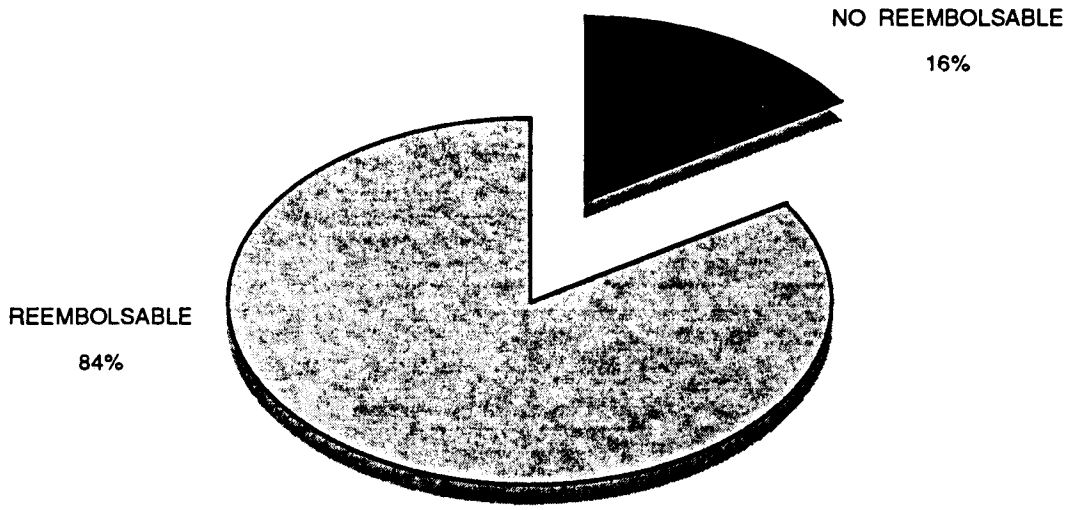


Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Parauay, 1997.

[31] El BM, es uno de los organismos de cooperación multilateral que invierte con mayor énfasis en el área de saneamiento ambiental, principalmente en la ejecución de los proyectos de distribución de agua potable del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), organismo dependiente del MSP y BS, responsable de la Sanidad del Medio Ambiente.

Del total de los fondos provenientes de la cooperación multilateral (60.356.469 U$s.), el 84% (50.515.000 U$s.) son Créditos Reembolsables, 16% No Reembolsables. Véase gráfico nº 7.4.

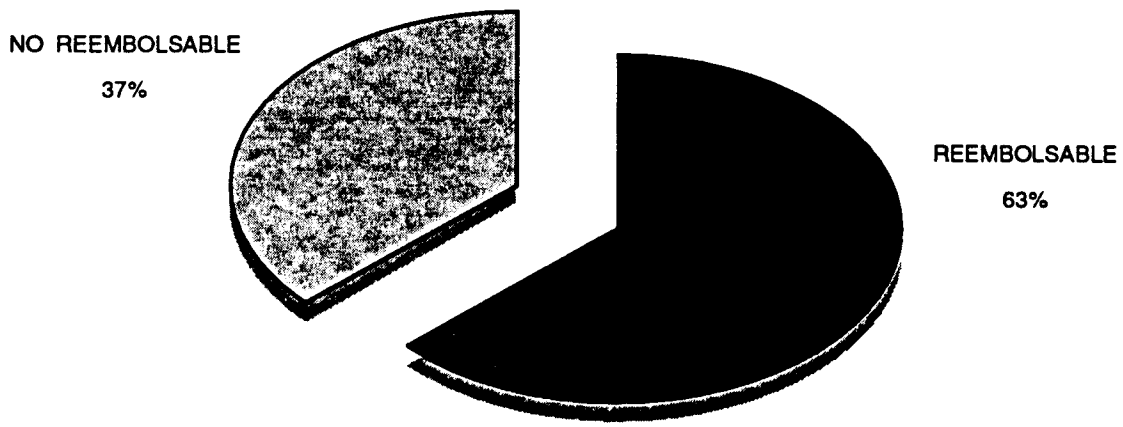
GRAFICO Nº 7.4
DISTRIBUCION DE LA COOPERACION MULTILATERAL
SOBRE EL TOTAL ENTRE LOS AÑOS 1992 - 1996



Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay, 1997.

Del total de los fondos de Cooperación Bilateral (27.293.395 U$s.), el 63% (17.259.913 U$s.) correnponde a Créditos Reembolsables y 37% a No Reembolsables. Véase gráfico nº 7.5.

GRAFICO Nº 7.5
DISTRIBUCION DE LA COOPERACION BILATERAL
SOBRE EL TOTAL ENTRE LOS AÑOS 1992 - 1996



Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay, 1997.

En conclusión, 30% de la cooperación es no reembolsable. Monto muy importante debido a la situación socioeconómica que atraviesa el país.

El porcentaje de cooperación no reembolsable el (37%), proviene de agencias de cooperación bilateral. Mientras que las multilaterales cooperan con el (16%).

7.3. DESTINO O SECTORES BENEFICIADOS

La cooperación al sector salud de Paraguay va dirigida específicamente a las siguientes áreas: promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermos y discapacitados. En resumen, apoyan el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud[32]. En general, la cooperación de casi todos los organismos internacionales apoyan estas áreas de manera simultánea.

La ayuda está destinada a los servicios y unidades de salud de las organizaciones gubernamentales (OGs.): nivel central, gobernaciones, municipios y organismos no gubernamentales (ONGs); dependiendo si la cooperación para el desarrollo corresponde a ayuda oficial o no oficial.

Los programas o proyectos de inversión están diseñados con objetivos que deben cumplirse mediante acciones sobre grupos humanos y áreas de la salud prioritarias. Por ejemplo los objetivos de las Cumbres de Jefes de Estado y la ayuda para la infancia que UNICEF proporciona para regiones del país con alto riesgo, propenden a reducir la elevada morbimortalidad por diarreas e infecciones respiratorias.

Hoy en día, para la identificación e implementación de programas prioritarios, las agencias de cooperación internacional orientan a la planeación estratégica con la participación de actores nacionales. Por ejemplo PNUD y AID; cursos de gerencia en servicios de salud. JICA; *"Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud"* en Caazapá.

La AOD, provee un marco programático dentro del cual el país selecciona los programas, con base a problemas prioritarios a resolver [33].

Sin considerar los fondos para provisión de agua potable, la cooperación en el área de la salud se encuentra dirigida, en la mayoría de los casos, a mejorar los indicadores de morbimortalidad matemo infantil.

Como conclusión, la cooperación internacional para la salud provee de recursos financieros reembolsables y no reembolsables; con estos fondos se logra financiar lo siguiente:

a) Equipamiento médico para hospitales, centros y puestos de salud, ambulancias, insumos y medicamentos;

b) Becas, cursos de capacitación para los recursos humanos, asesorías y consultorías.

Con dichos fondos se cubre una amplia gama de necesidades, tanto en el área de atención a la salud con la provisión de materiales hospitalarios, como al saneamiento ambiental con la instalación domiciliaria de agua potable y letrinas. Además, se financian estudios de investigación.

---

[32] El Programa de Salud Materna y Desarrollo Integral del Niño, financiado por el BM es una de las principales en ejecución; estando en proceso de negociación el Programa de Reformas a la Atención Primaria en Salud del BID.

[33] Los problemas prioritarios del país se encuentran en el área del Saneamiento Ambiental (Solamente el 43% de la población tiene acceso a la provisión de agua potable y 18% a alcantarillado sanitario) y Atención de la salud materna e infantil.

En este análisis se individualizan las áreas más importantes del sector salud a las que se destinan los fondos que otorgan los créditos. Se desglosan como sigue: Infraestructura y Equipamiento; Proyectos Integrales con variados componentes; Programas de Atención que se destinan a un grupo de beneficiarios o patología específica; Capacitación y Educación y Saneamiento Ambiental.

El total de los fondos recibidos para el periodo comprendido entre 1992 y 1996, fue 87.649.864 U$s.[34]. En el gráfico Nº 7.6, se presenta la distribución de estos, en porcentaje y se observa el mayor volumen en las siguientes áreas:

Para Saneamiento Ambiental (49%): Instalación de redes de agua potable y letrinas en viviendas de áreas rurales; educación ambiental y fomento de la participación social por medio de juntas de saneamiento y control de la contaminación ambiental.

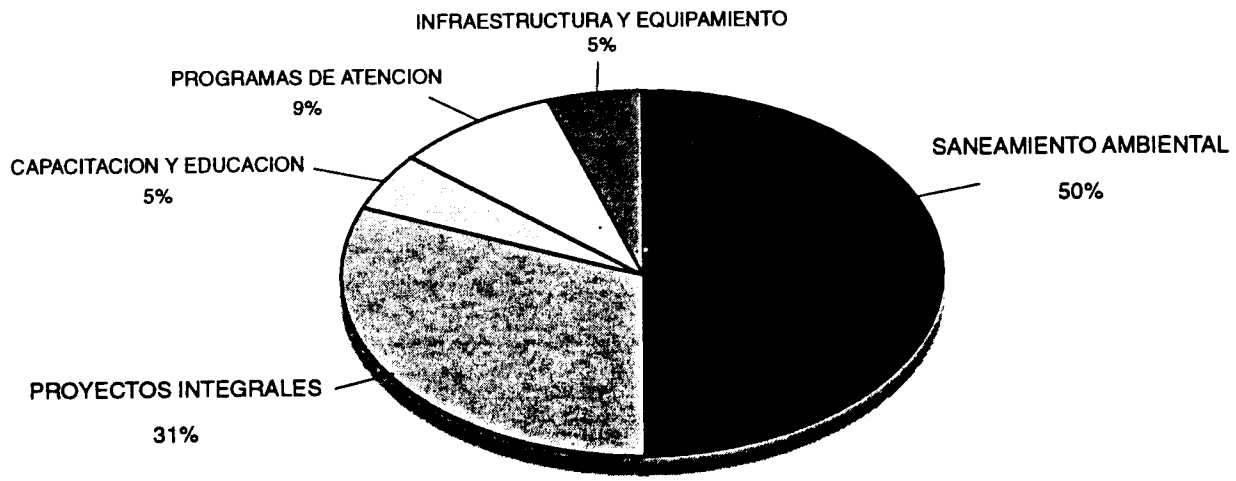
Para Proyectos integrales (31%): Programas de salud orientados a fortalecer diversas áreas con infraestructura y equipamiento; capacitación o desarrollo de los recursos humanos, incluyendo a la población en general a través de información, educación y comunicación social; consultorías mediante recursos humanos capacitados; provisión de medicamentos e insumos en forma simultánea para los establecimientos de salud.

Para Programas de atención (9%): Desarrollo de programas para el control de enfermedades como el SIDA, la lepra, la tuberculosis, la zoonosis y otros.

Para Infraestructura y equipamiento (5%): Establecimientos de salud, incluyendo vehículos y radio comunicación y;

Para Capacitación y Educación en salud (5%): Los tres últimos tópicos conforman áreas a las cuales se destinan menor porcentaje de los recursos de cooperación.

GRAFICO Nº 7.6
DESTINO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL
AÑOS 1992 - 1996



Fuente: Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay, 1997.

[34] La fuente de estos datos proviene de la Secretaría Técnica de Planificación, agencias internacionales e informes proporcionados por las unidades ejecutoras de los proyectos.

La mayoría de las ONGs, que reciben cooperación internacional y trabajan en el sector salud destinan los fondos a acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Específicamente para:

a) publicaciones técnicas, científicas, educativas;

b) capacitación especializada a recursos humanos, educación a grupos focales y educación popular por medios masivos de comunicación;

c) fomento de la participación social y comunitaria; y

d) asistencia, fundamentalmente en salud preventiva, aunque también curativa y de rehabilitación en el caso de hospitales o consultorios administrados por fundaciones.

No existen registros oficiales sobre el monto de los fondos disponibles. A través de informes extraoficiales se indica que en el periodo de un año, recibieron U$s. 4.477.250. Se desconoce el porcentaje correspondiente al total recibido[35].

7.4. TENDENCIA DE LA COOPERACION

En los últimos siete años, coincidente con el cambio de sistema de gobierno, se comprueba un reordenamiento del esquema de relaciones internas y externas, una mayor apertura, transparencia y participación en el manejo de la cooperación internacional.

Existen agencias cuyas cooperaciones han decrecido como el caso de UNICEF, AID. Otras las han aumentado como el BID, BIRF, GTZ, JICA y UNFPA[36]. De la cooperación internacional recibida para el período de 1992 a 1996, 90% está en ejecución; advirtiéndose tendencia creciente de préstamos, (74%), en la modalidad de no reembolsables. Se percibe claramente que el país ha recuperado la credibilidad de los gobiernos como así también de las organizaciones. Por tanto, la cooperación internacional en salud irá en constante aumento para los próximos años. Es difícil definir con certeza el tipo de cooperación, si reembolsable o no reembolsable será la preeminente. Indudablemente la cooperación no reembolsable. Indudablemente, esta última es la más beneficiosa para el país ya que lo compromete a que cuente con los recursos humanos adecuados para la formulación, ejecución y evaluación de los proyectos de inversión.

Ello, con el fin que se garantice un buen destino a los fondos provenientes de organismos, gobiernos o agencias de cooperación. Esto se traducirá en el mejoramiento de los indicadores, que por último son el objeto de la cooperación.

En el sector salud, la cooperación realizada en los últimos años por las agencias de cooperación técnica ha sido muy puntual, resolviendo problemas variados y significativos. El apoyo brindado por estas agencias ha sido de gran impacto para el desarrollo del sector salud.

Puntualmente, la capacitación a los recursos humanos en las áreas de salud pública por la OPS, ha sido muy significativa. La cooperación dirigida a la atención de la salud infantil por UNICEF, ha sido también relevante en el marco de un enfoque integral respecto a la atención de la niñez. Sus acciones también contribuyen a mejorar indicadores

---

[35] El país no cuenta con una base de datos que permita disponer de una información completa en relación a la cooperación brindada por las ONGs.

[36] Se hace mención a unos ejemplos del comportamiento de la cooperación de dos agencias. UNICEF, ha disminuído el monto de la cooperación de U$s. 260.000 en el año 93 a U$s. 15.000 del año 96.
UNFPA, ha incrementado el monto de la cooperación de U$s. 309.000 en el año 93 a U$s. 2.100.000 en el período 95/97.

de salud infantil. Los fondos han permanecido estables a pesar de la crisis financiera de las NN.UU, debido a ingresos adicionales proporcionados por el comité de España y otras organizaciones. Un indicador del impacto, en cuanto a la importancia sobre la cooperación técnica, se observa la disminución de la mortalidad infantil.

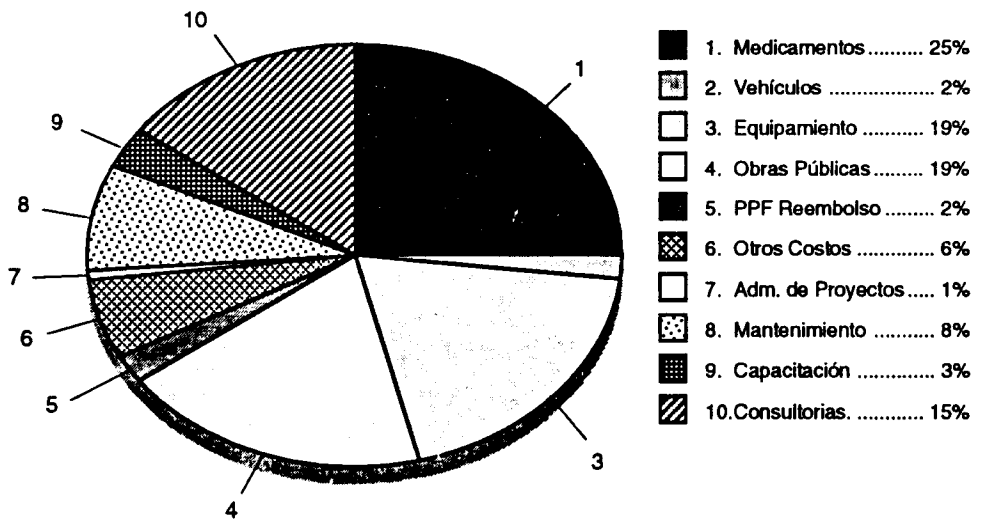
El organismo de cooperación técnica (JICA) ha desarrollado un modelo innovador de proyectos al implementar el apoyo a la Atención Primaria de Salud en el departamento de Caazapá.

Introdujo mejoras inmediatas al tiempo de investigar las necesidades y delinear acciones futuras. Destaca también la donación de ambulancias distribuidas en todo el territorio nacional para favorecer al sistema de Referencia y Contrarreferencia. También a sido de relevancia la cooperación de las NN.UU. y de países como Alemania, China Nacionalista, EE.UU., España y otros.

La cooperación no reembolsable, constituye una de las fuentes principales de ayuda sostenida desde hace décadas. Históricamente, la mayoría de los programas de cooperación se han aplicado con débiles estrategias coyunturales de impacto. Por ejemplo en las acciones de coordinación intersectorial y en el uso de medios de comunicación masivos se advierten dificultades de implementación. La totalidad de las regiones, sin excepción, reciben asistencia de cooperación no reembolsable, con énfasis en aquellas áreas donde los indicadores de salud señalan prioridades.

La cooperación reembolsable provista por agencias internacionales en el sector salud, excluyendo la provisión de agua potable, no ha sido significativa en los último años. A partir de 1994, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, vienen efectuando proyectos integrales de inversión para mejorar la cobertura y la calidad de la atención en los establecimientos del Ministerio de Salud, cuyos servicios asisten prioritariamente a la población de escasos recursos. Estos proyectos apoyarán la Atención Primaria de Salud, preferentemente en el área infantil y la de reproducción.

GRAFICO Nº 7.7
PROYECTO BANCO MUNDIAL - DISTRIBUCION DE LA INVERSION POR SECTORES
PARAGUAY - 1997



Fuente: Unidad Ejecutora Proyecto Banco Mundial.

Algunos proyectos en ejecución o en fase de negociación son los siguientes:

"Programa de Salud Materna y Desarrollo Integral del Niño/a", financiado por el Banco Mundial, por un monto de U$s. 21.000.000, en etapa de ejecución en las regiones de Concepción, San Pedro, Alto Paraná, Amambay, Canindeyú, Alto Paraguay y Asunción. El proyecto de guarderías infantiles cubre el 27% de la población total del país. Se observa la distribución de los créditos por componentes de este programa de inversión. Véase gráfico N° 7.8.

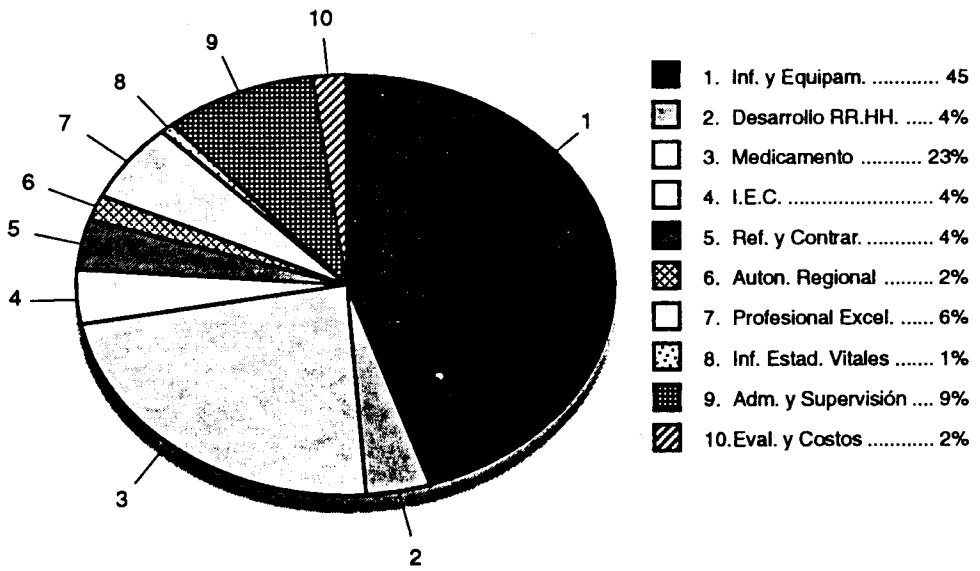
El Proyecto de Atención Primaria en el departamento de Caazapá, financiado por la JICA (Japón), en etapa de ejecución con cooperación no reembolsable de U$s. 3.000.000.

Proyecto en las regiones de Itapúa, Ñeembucú y Misiones en etapa final, con remanente del financiamiento de U$s. 1.000.000 por la K.F.W. de Alemania.

El proyecto *"Programa de Reformas a la Atención Primaria de Salud"*, financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo, por un monto de U$s. 39.000.000, en etapa de negociación[37], incluyen las regiones de Cordillera, Guairá, Caaguazú, Paraguarí, Central, cuya población corresponde a 44% del total del país.

En el Gráfico N° 7.8, se describen los componentes del proyecto y el porcentaje de inversión que corresponde a cada componente.

GRAFICO Nº 7.8
PROYECTO BANCO MUNDIAL - DISTRIBUCION DE LA INVERSION POR SECTORES
PARAGUAY - 1997



Fuente: Unidad Ejecutora Proyecto BID.

[37] El Proyecto "Reformas a la Atención Primaria en Salud" (PR 0028 MSP y BS - BID), se encuentra actualmente en el Poder Legislativo para su estudio y aprobación por la Ley, requisito necesario para ejecutar proyectos con financiamiento externo.

El proyecto de *"Fortalecimiento tecnológico de establecimientos de salud"*, con un costo de US$. 35.000.000, financiado mediante el Crédito Español, equipará Centros y Puestos de Salud de las regiones de Boquerón y Pte. Hayes, y los Puestos de Salud de Itapúa, Ñeembucu y Misiones.

La iniciativa esta en etapa de negociación (1997). También prevé equipamiento para hospitales de Asunción y hospitales especializados del resto del país.

Todas las regiones del país se encuentran atendidas, en su mayoría, por proyectos de cooperación reembolsable, si bien estas se hallan en diferentes etapas de inversión.

En todos los casos, el destino de la cooperacion ha focalizado hacia zonas o regiones considerando los grupos de población prioritarios, como son los rurales y marginales; También de preferencia las áreas de salud reproductiva y atención a la niñez.

En la actualidad, la mayoría de las agencias que otorgan cooperación no reembolsable apoyan a las ONGs en actividades específicas de salud. Más aún, la tendencia actual es otorgar mayor participación a las mismas en desmedro de las OGs. Si bien algunas actividades en salud realizadas por ONGs son poco conocidas por el Ministerio de Salud, Se advierte el propósito para coordinar acciones conjuntas incentivadas por las agencias. La falta de coordinación entre OGs y ONGs representa un factor negativo en la optimización de los recursos y afecta la eficacia y eficiencia de los servicios sostenidos por la cooperación.

Las actividades que realizan las OGs y ONGs son evaluadas permanentemente en forma conjunta por las agencias cooperadoras y las unidades operativas. Si bien transparentan la administración de la cooperación, dichas evaluaciones son parciales e incompletas ya que el monitoreo y la supervisión se concentran en aspectos de procesos que de resultados.

La evaluación de impacto y resultados, en la mayoría de los casos, es responsabilidad de terceros y las modificaciones sugeridas no se aplican en forma oportuna. No se realizan evaluaciones participativas por y con los beneficiarios directos.

8. PROPUESTAS DE LINEAS DE ACCION

El análisis sectorial constituye más que un diagnóstico situacional, pues conjuga el componente retrospectivo con el prospectivo, es decir incluye la construcción de escenarios de futuro, y/o la formulación de recomendaciones de políticas y estrategias para la acción.

En este trabajo, para presentar las recomendaciones, se han seleccionado los conceptos claves, o principios rectores del proceso de reforma, se agrupan los problemas detectados en función de dichos principios y se recomiendan estrategias asociadas a cada objetivo.

8.1. CON RELACION A LA EQUIDAD

Situación:

Paraguay ha acumulado déficits en lo concerniente a la superación de la pobreza y cobertura de servicios sociales, así como a las demás formas de integración social. La política social tradicional ha estado disociada de una visión integral del desarrollo económico y social, lo que trajo aparejada la incapacidad para generar ingresos y satisfacer las necesidades básicas de los grupos más postergados de la sociedad.

Considerando que los indicadores sociales muestran evidentes carencias en cuanto a cobertura y calidad de los servicios sociales, se destaca que el incremento de los recursos no ha sido suficiente. Se mantienen falencias en la distribución y eficiencia del Gasto Público Social, con dificultades para que este llegue a los grupos más carenciados de la población, especialmente, en la ejecución de acciones que apunten a eliminar las causas que generan la pobreza.

El país aún presenta disparidades de recursos y acceso a la atención entre las áreas urbana y rural, así como entre los barrios de las mayores ciudades, en especial Asunción.

La Encuesta de Hogares de 1996, revela que 30% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud. El MSP y BS reconoce que 30% de la población no tiene acceso regular a los servicios de salud.

Se encuentra que la población con más ingresos recibe más y mejor atención que los grupos sociales menos favorecidos. Igualmente, ante un mismo problema de salud, el tratamiento que se da a los enfermos es dispar, ya que aquellas personas que disfrutan de buena información y relaciones sociales que les permiten conseguir más del sistema sanitario público que los que no disfrutan de estas condiciones.

También, se obtienen diferentes recursos y atención según la localidad de residencia de los usuarios, especialmente, entre el medio rural y el urbano, y dentro de las grandes urbes según los barrios.

Estrategías:

A) Evaluar y dar continuidad al Plan Estratégico de Desarrollo Social, en cumplimiento de las recomendaciones emanadas de las Conferencias Mundiales sobre medio ambiente, derechos humanos, población, mujer y

desarrollo social, entre otras. El plan se orienta en torno a dos ejes principales:

1. ampliar las oportunidades económicas de la población, sobre todo de aquellos que viven bajo pobreza; y
2. proveer servicios sociales que incrementen la capacidad productiva y satisfagan las necesidades básicas elementales; educación, salud, nutrición y vivienda.

B) Focalizar las políticas públicas orientando sus recursos hacia la población menos favorecida, impulsando la generación de incentivos para la autogestión, de modo a involucrar, solidariamente, a toda la población en la superación de las causas que generan situaciones de pobreza.

C) Aumentar la articulación intersectorial para promover un crecimiento económico que contribuya al financiamiento de la estrategia social necesaría para el desarrollo humano sustentable y consolidación de la democracia.

D) Implementar acciones de asignación y redistribución de los recursos siguiendo criterios de equidad, epidemiológicos y de necesidades, con el objeto de disminuir las diferencias de acceso entre regiones, asegurando cobertura y acceso universal a los servicios básicos, independientemente de la capacidad de pago.

E) Orientar los recursos públicos hacia la población menos favorecida con acciones que prioricen la salud pública, la recuperación de los gastos incurridos por la población de mayores recursos, y actividades intersectoriales con programas de abastecimiento de agua, saneamiento, mejora de la vivienda, educación, comunicaciones y caminos.

F) Fortalecer los criterios de necesidad objetivada con indicadores, en parte ya desarrollados en el país, para la distribución por distritos del presupuesto del MSP y BS; así como, acciones intersectoriales que vayan en busca de mejorar los caminos, los transportes y las comunicaciones.

G) Implementar una gestión objetivada de admisiones y listas de espera en hospitales y otros servicios sanitarios.

8.2. CON RELACION A LA EFECTIVIDAD Y CALIDAD

Situación:

La Constitución Nacional y el Código Sanitario establecen la función reguladora del MSP y BS. Sin embargo, su poder regulador es débil en función a las prioridades dadas a la ejecución de programas y prestación de servicios. Hasta el momento, no ha sido posible implementar programas continuados de acreditación de profesionales ni de establecimientos, son escasos los protocolos de atención, auditorías y procedimientos para incorporación y seguimiento de medicamentos y no existen instancias de evaluación de tecnologías.

Tampoco se efectúan encuestas periódicas acerca de satisfacción de usuarios. Se dispone de algunos estudios referidos a instituciones y programas de salud materno infantil efectuados entre 1993 y 1995, que aunque muestran bajos niveles de insatisfacción por parte de los usuarios, indican sin embargo, problemas de trato inadecuado, escasa comunicación con el usuario, esperas excesivas y falta de preparación adecuada del personal de salud.

Estrategias

A) Fortalecer el rol regulador de evaluación y control del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para garantizar la calidad de la atención que se brinda en todos los establecimientos de salud del país, sean públicos o privados.

B) Implementar la Superintendencia Nacional de Salud y la Dirección Médica Nacional, creadas por Ley 1032/96.

C) Incorporar progresivamente instrumentos de evaluación de las actividades del sector. Por ejemplo, protocolos de atención dirigidos a las patologías más frecuentes y susceptibles de estandarizar; auditorías médicas; listado de medicamentos básicos y guía terapéutica; acreditación de establecimientos; métodos de certificación de las profesiones de la salud, etc. El proceso puede iniciarse en áreas que se consideren prioritarias, por ejemplo: el área materno infantil.

D) Incrementar la articulación entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios en el desarrollo, formulación y evaluación de planes de estudio; priorizar los contenidos básicos en salud pública, gerencia y administración de servicios, investigación y epidemiología en los programas de formación; promover la formación del personal técnico y enfermería e idear sistemas adecuados de estímulo al desempeño.

E) Mejorar la capacitación del personal, para el uso de medicamentos, preferentemente los genéricos, orientar a los consumidores sobre el uso racional de los mismos y capacitar a los proveedores para su venta adecuada.

F) Facilitar la participación de la comunidad organizada en comités de evaluación de calidad y ética de las entidades prestadoras de servicios.

8.3. CON RELACION A LA EFICIENCIA

Situación:

Los problemas de eficiencia detectados por el estudio sectorial están relacionados con los siguientes factores:

a) deficiencias en la planificación, regulación y evaluación de los recursos;

b) falta de un sistema integrado de información;

c) escasa complementariedad entre las distintas instituciones del sector;

d) falta de mecanismos de articulación intra e intersectorial;

e) limitaciones serias en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia;

f) desigualdades territoriales en la distribución de los recursos, infraestructura, equipos y mantenimiento;

g) bajo rendimiento de los hospitales;

h) carencia de listado de medicamentos genéricos, y deficitario control en la comercialización de medicamentos;

i) Inexistencia de procesos permanentes de análisis de productividad y costos en las entidades prestadoras de servicios;

j) asignaciones presupuestarias a hospitales y clínicas sin sustentación en el gasto a realizar; y

k) no se realizan contratos de gestión.

Estrategias:

A) Implementar el Sistema Nacional de Salud de modo a favorecer el acceso al nivel primario básico y la implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia regionalizado.

B) Evaluar la eficiencia relativa de los hospitales según su nivel de complejidad, adecuando funcionalmente la oferta de dichos servicios y coordinando el funcionamiento entre los pertenecientes al MSP y BS y al IPS.

C) Asignar recursos a las alternativas de atención más eficientes.

D) Evaluar la introducción y uso racional de medicamentos y otras tecnologias de salud.

E) Fomentar la utilización de medicamentos genéricos, elaborando y difundiendo la lista de los mismos, capacitando al Recursos Humanos para su uso y aumentando el acceso de la población a aquellos definidos como esenciales.

F) Seleccionar adecuadamente los proyectos de inversión en el sector, de acuerdo a criterios:
   a) de costo, oportunidad y complementariedad entre los recursos del sector público y privado;
   b) de funcionalidad adecuando la infraestructura a las actividades; y
   c) operatividad, capacitando al recurso humano para garantizar un sistema adecuado de mantenimiento.

G) Desarrollar un sistema de información y estadísticas sanitarias que incluya al sector público y al privado, introduciendo un conjunto mínimo de indicadores que facilite el análisis del sector y la mejoría de la calidad y eficiencia de los servicios.

H) Desarrollar un subsistema integral de análisis de productividad y costos y de la situación del estado de salud como mecanismo que sustente la implementación de contratos de gestión.

I) Propender a que el rendimiento sanitario y económico de cada unidad monetaria gastada en programas y/o servicios sean los mayores posibles, evitando fórmulas ineficientes de utilización de los recursos como el pago por estadía en hospitales, y el pago por acto médico que generan un gasto sanitario excesivo.

J) Aumentar la eficiencia del gasto público. La misión del sistema sanitario público es proteger a la población más desfavorecida en términos económicos y sociales frente a los principales riesgos sanitarios. Esto exige definir el paquete básico de servicios que el sector público va a prestar a las capas de población menos favorecidas. Para ello se requiere lo siguiente:

   - Definir y mantener prioridades en el presupuesto público; orientadas, principalmente, hacia actividades en el medio rural, la salud pública, el uso de los medicamentos esenciales y genéricos.
   - Establecer un sistema de compras públicas de insumos y medicamentos competitivo, así como una utilización flexible de las subcontrataciones en favor de los concesionarios para mantenimiento de equipos, limpieza, alimentación, informática, tratamiento de residuos, etc.
   - Desarrollar una adecuada política de desarrollo de recursos humanos; elemento más importante y el de mayor gasto en el sistema sanitario.
   - Desarrollar sistemas de evaluación técnica y económica para garantizar la utilización eficiente de los recursos. Las evaluaciones deberían abarcar tanto los programas de salud como las tecnologías, los medicamentos y los productos sanitarios.

K) Regular la competencia e impulsar la trasparencia del sector privado; a través de:

   - Realizar la inspección sanitaria de establecimientos y productos de uso humano en defensa de la salud pública y como garantía de calidad.
   - Emitir regulaciones que comprometan al sector privado la difusión de información veraz y completa sobre servicios y precios que ofrecen en sus contratos, resultados económicos y desempeño de sus enti-

dades. También debe impedirse que realicen selección de riesgos en contra de las personas más necesitadas de asistencia a su salud.

- Fomentar el sistema de compras públicas competitivas antes mencionado como también, una garantía de eficiencia del sector privado.
- Desarrollar una política de apoyo a los medicamentos genéricos de buena calidad en pro de la competencia, mejorando la accesibilidad y produciendo el consiguiente ahorro de recursos.

L) Generar incentivos que orienten el comportamiento de los agentes públicos y privados en el sentido de la eficiencia. Para ello es fundamental replantear los sistemas de pago por reembolso a los proveedores de servicios. En particular:

- Reducir el predominio del pago por acto médico, sustituyéndolo por fórmulas mixtas que incluyan elementos de capitación.
- Considerar la reorganización de las fórmulas de financiamiento de los hospitales avanzando en el establecimiento de presupuestos prospectivos.
- Introducir, en el sector público; para los médicos y otros personales de la salud, incentivos de tipo económicos u otros tipos.

M) Diseñar e implementar los Acuerdos Contractuales de Compromiso o acuerdos de gestión entre el MSP y BS, las municipalidades y otros actores involucrados en la prestación de los servicios de salud.

8.4. CON RELACION A LA SOSTENIBILIDAD

Situación:

Con relación a la asistencia sanitaria y salud, el estudio de análisis sectorial estimó un gasto nacional total de 7,4% del PIB. Proporción relativamente alta para nuestro nivel de desarrollo, pero la más baja entre nuestros socios del MERCOSUR. Dicho porcentaje estaría integrado por 4,8% del PBI correspondiente al sector privado, mientras que el gasto del sector público para 1996, fue 2,59% del PBI. Estas cifras revelan que el problema de insuficiencia de recursos está presente en el sector público, lo que hace necesario establecer estrategias para incrementarlos o dirigirlos al grupo de población que requiere asistencia del Estado.

Estrategias:

A) Implementar el Fondo Nacional de Salud, creado por Ley 1032/96, como la principal estrategia para asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

B) Mantener la racionalidad del gasto en asistencia sanitaria y salud ante los Ministerios del área económica, justificando la intervención pública en salud como fundamental en la lucha contra la pobreza; por la presencia de externalidades; por las fallas del mercado en el área de la salud; riesgos de selección adversa y *"riesgo moral"* en los sistemas de seguro, y por los aportes del sector salud al crecimiento económico, la creación de empleo y al ahorro nacional.

C) Aumentar la eficiencia de los programas de cooperación internacional para conseguir que los recursos sean asignados de acuerdo a las prioridades y se mantenga el flujo en el futuro.

D) Determinar cuidadosamente los aranceles que se cobran en el punto de recepción del servicio para garantizar que las personas con recursos efectúen los pagos y que aquellas de escasos recursos tengan acceso mediante exoneraciones que reduzcan al mínimo las inequidades.

8.5. CON RELACION A LA PARTICIPACION

Situación:

Razones históricas, entre otras, han provocado que la participación social y comunitaria en asuntos de salud sea escasa. Se trata de un ejercicio colectivo reciente. Se inició con las elecciones y se estimuló en los municipios con la organización de comisiones o juntas vecinales.

El proceso de democratización y descentralización en el que estamos inmersos, encuentra en los Consejos de Salud la base necesaria para implementar los cambios, así como para reorganizar y orientar el sector salud. Estos posibilitan a las poblaciones y sus organizaciones locales la expresión de demandas y participación en la búsqueda de soluciones.

Estrategias:

A) Fortalecer los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local para asegurar la participación de los beneficiarios y prestadores de servicios en la planificación, ejecución y evaluación de éstos, fomentando el aumento de responsabilidades y tomando realidad el lema ***"Salud Compromiso de Todos"***.

B) Fortalecer la coordinación de la educación sanitaria y la promoción de la salud en los temas de promoción y prevención definidos como prioritarios, incorporando en la comunidad estilos de vida saludables.

C) Promover la coordinación intersectorial para tratar los temas de salud desde una perspectiva multisectorial.

8.6. CON RELACION A LA COOPERACION INTERNACIONAL

Situación:

La información proveniente de la cooperación internacional para el sector salud no es consolidada a nivel central. Tampoco se cuenta con una herramienta adecuada que permita sistematizar la información proveniente de agencias y dependencias del Ministerio ni se dispone de información de la cooperación proveniente de ONGs.

El sistema de información de la Secretaria Técnica de Planificación que consolida la información proveniente de otros organismos gubernamentales requiere mejoras.

Referente a la implementación de proyectos entre el MSP y BS, Secretaría Técnica de Planificación, otros OGs y ONGs, existe escaso intercambio de acciones. Asimismo, la coordinación interagencial es escasa.

Con relación a la negociación de la cooperación, la etapa de transición desde el sistema centralizado hacia el descentralizado, dificulta la toma de decisiones y las definiciones requeridas. Asimismo, para la obtención de resultados positivos, falta una mejor preparación de los actores negociadores, tanto del nivel central como de los regionales y locales.

Los procesos de evaluación de los programas de cooperación son deficientes. La evaluación de los proyectos es realizada por las unidades ejecutoras, sean éstas instituciones estatales, ONGs o las propias agencias. Sin embargo, sus resultados no son difundidos o compartidos por el Ministerio de Salud ni por la Secretaria Técnica de Planificación que son las instituciones responsables de la cooperación en salud y de la totalidad de éstas, respectivamente.

Estrategias:

Fortalecer las políticas, estrategias y acciones que mejoren los vínculos bilaterales con otros países, independientemente de su tamaño y nivel de desarrollo. Para ello se requiere de lo siguiente:

A) Disponer de mayor información sobre la cooperación internacional. Fortalecer la participación social de los involucrados, incluídos los beneficiarios e incluir el Plan Nacional de Salud como un instrumento político para la negociación y orientación de la cooperación.

B) Designar a la Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional del MSP y BS, u otro centro u oficina, como responsable de recibir y procesar la información referente a la cooperación internacional en salud, organizando una base de datos con conexión en red con la Secretaria Técnica de Planificación, organismos ejecutores de proyectos y ONGs.

C) Fortalecer la capacidad del MSP y BS para la coordinación interinstitucional de la cooperación internacional en el sector salud en el marco de un proceso de reforma sectorial.

D) Fortalecer las habilidades de negociación de los recursos humanos que administran proyectos de cooperación internacional, a través de capacitación.

E) Promover la aplicación de mecanismos y procedimientos a ser utilizados para la elaboración, seguimiento y evaluación de programas y proyectos de cooperación a través de la implementación de manuales de procedimientos para procesos de negociación.

F) Continuar la capacitación de recursos humanos en la elaboración e implementación de proyectos sociales a través de la realización de cursos de postgrado en gerencia de proyectos sociales.

G) Definir un sistema de evaluación y responsabilizar a la Oficina de Proyectos de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud, otro centro u oficina, para solicitar y consolidar las evaluaciones de todos los proyectos en salud que se implementen en el país.

PUBLICATIONS OF THE
REGIONAL INITIATIVE OF HEALTH SECTOR REFORM FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

1- METHODOLOGY FOR MONITORING AND EVALUATION OF HEALTH SECTOR REFORM IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ENGLISH/SPANISH)

2- BASE LINE FOR MONITORING AND EVALUATION OF HEALTH SECTOR REFORM IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ENGLISH/SPANISH)

3- ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY *(PRELIMINARY VERSION)*

4- CLEARINGHOUSE ON HEALTH SECTOR REFORM

5- FINAL REPORT – REGIONAL FORUM ON PROVIDER PAYMENT MECHANISMS (LIMA, PERU, 16-17 NOVEMBER, 1998) (ENGLISH/SPANISH)

6- INDICADORES DE MEDICIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CUANTO AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA

7- MECANISMOS DE PAGO A PRESTADORES EN EL SISTEMA DE SALUD: INCENTIVOS, RESULTADOS E IMPACTO ORGANIZACIONAL EN PAÍSES EN DESARROLLO

8- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: BOLIVIA

9- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: ECUADOR

10- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: GUATEMALA

11- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: MÉXICO

12- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: PERÚ

13- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: REPÚBLICA DOMINICANA *(PRELIMINARY VERSION)*

14- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: NICARAGUA

15- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: EL SALVADOR *(PRELIMINARY VERSION)*

SPECIAL EDITION

1- CUENTAS NACIONALES DE SALUD: RESÚMENES DE OCHO ESTUDIOS NACIONALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

To obtain additional information or to order any of our publications please refer to:

REGIONAL INITIATIVE OF HEALTH SECTOR REFORM FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

Pan American Health Organization
Division of Health Systems and Services Development
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel (202) 974-3832 Fax (202) 974-3613
Visit our electronic page at: //www.americas.health-sector-reform.org